

TRAITEMENT
DES
RÉTRÉCISSEMENTS TRAUMATIQUES
DE L'URÈTHRE PÉNIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 21 Janvier 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LACOSTE

Né à Cahors (Lot) le 12 Décembre 1869.



LYON
IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

—
1895

TRAITEMENT
DES
RÉTRÉCISSEMENTS TRAUMATIQUES
DE L'URÈTHRE PÉNIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 21 Janvier 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LACOSTE

Né à Cahors (Lot) le 12 Décembre 1869.



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.).	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

Agrégés

MM. BEAUVISAGE	MM. POLLOSSON (A.)	MM. BOYER	MM. BARRAL
CONDAMIN	ROCHET	CURTILLET	MOREAU
COURMONT	ROLLET	VALLAS	CAUSSE, chargé
DEVIC	ROQUE	SIRAUD	des fonctions
DIDELOT	ROUX	DURAND	d'agrégé.
GANGOLPHE	COLLET	DOYON	

M. ETIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, *Président*; M. V. AUGAGNEUR, *Assesseur*; MM. ROLLET et VALLAS, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises, dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

ET DE MON ONCLE

A MA GRAND'MÈRE LACOSTE

Hommage de ma vive reconnaissance

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR JEANNE

Au terme de notre scolarité, c'est un agréable devoir pour nous d'adresser ici l'expression de notre vive reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à faire notre éducation médicale. Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Lacassagne d'avoir reporté sur nous une part de cette vieille amitié qui unissait nos familles depuis si longtemps et de nous avoir guidé de ses conseils presque paternels durant nos premières années d'étude. S'il nous a été permis alors d'admirer son grand cœur et sa générosité d'âme, plus tard, au cours de nos études médico-légales, se sont révélés à nous son haut savoir, sa finesse d'observation sûre et méthodique, son ardeur infatigable au travail qui en font un des grands maîtres de la médecine légale moderne. Dans son laboratoire, au cours de ses travaux que nous avons eu l'heureux privilège de pouvoir suivre de près, au cours de ses leçons empreintes d'une haute philosophie nous avons essayé de prendre la plus grande part possible de l'enseignement qu'il développe à ses élèves avec tant de bienveillance et de dévouement. Trop heureux d'avoir à son école appris à douter, « de ce doute philosophique qui donne au médecin son indépendance, en même temps qu'il en est une des qualités maîtresses » selon l'expression de son illustre maître Cl. Bernard.

Que M. le professeur agrégé Rollet, qui nous a inspiré le sujet de ce modeste travail, reçoive nos remerciements sincères pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous remercions M. le professeur Poncet du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Lorsqu'on parcourt les travaux si nombreux et variés qui ont été publiés sur les rétrécissements traumatiques de l'urèthre, on est frappé de voir dans quelle faible proportion ils ont été signalés au niveau de la portion pénienne de ce canal. Mais pour être rares, ils n'en sont pas moins dignes d'intérêt si l'on songe aux signes particuliers qui les caractérisent : à la grande rétractilité du tissu dont ils sont formés et qui en peu de temps peut les transformer en rétrécissements infranchissables, enfin à leur grande tendance à la récurrence, semblant ainsi défier l'intervention du chirurgien, au grand détriment de la santé des malades qui en sont porteurs. C'est qu'en effet depuis Syme, Liston, Philips et d'autres chirurgiens, on admet aujourd'hui l'existence de rétrécissements complètement infranchissables et c'est précisément au niveau de l'urèthre pénien qu'on les rencontre, lorsque cette portion du canal a été soumise à un traumatisme. Soit qu'une plaie contuse intéresse les tissus environnant le canal et qu'un processus inflammatoire profond vienne les transformer en une gangue fibreuse l'enserrant, comme dans une virole, soit que ce dernier ait été directement inté-

ressé dans ses parois, le rétrécissement apparaît fatalement dans un avenir souvent rapproché. Ainsi seront constitués ces « coaretations qui défient les efforts les plus persévérants aussi prolongés que le permettent les indications tirées du malade ». (Monod, Paris, 1885.)

C'est à l'étude de ces rétrécissements très serrés, quelquefois infranchissables, que nous consacrons notre travail inaugural. Après avoir étudié l'étiologie, les symptômes, les complications, le diagnostic et le pronostic, nous passerons en revue les divers traitements chirurgicaux dont ils sont susceptibles en indiquant comme procédé de choix celui qui a été employé par M. l'agrégé Rollet sur notre malade ; traitement qui, de par les observations des chirurgiens anciens que nous avons pu en recueillir, nous paraît donner un résultat satisfaisant en rétablissant la fonction urinaire d'une façon à peu près normale et en mettant le malade à l'abri d'une récurrence plus ou moins lointaine.

CHAPITRE PREMIER

Définition.

Etiologie. — Anatomie pathologique.

Nous comprendrons sous le nom de rétrécissements de l'urèthre pénien ces coarctations uréthrales généralement uniques, ayant une grande tendance à la récurrence, difficiles à franchir, pouvant même arriver jusqu'à être complètement infranchissables, et succédant fatalement dans un avenir plus ou moins lointain à un traumatisme ayant intéressé l'urèthre pénien ou les tissus environnants au sein desquels il se crée un passage.

S'il est vrai qu'ils sont rares, ainsi que le démontrent les statistiques, c'est, croyons-nous, à des raisons d'ordre anatomique et physiologique, à l'étude d'une série de circonstances qui favorisent plus ou moins le traumatisme, qu'il faut en demander l'explication ; enfin à une intervention hâtive et appropriée.

Sans vouloir faire ici l'anatomie du pénis et de la portion uréthrale qu'il contient, on peut par quelques consi-

dérations montrer combien ils sont peu accessibles au traumatisme. — Nous désignerons sous le nom d'urèthre pénien la portion du canal qui s'étend depuis le méat jusqu'à la racine des bourses, à travers le corps spongieux, les corps caverneux et les téguments — organe essentiellement mobile, le pénis fuit sous les coups tout comme le testicule dans ses enveloppes. L'urèthre caché en partie par les corps caverneux doit échapper aisément aux chocs extérieurs. Mais il est un état physiologique qui modifie singulièrement ces dispositions, nous voulons parler de l'érection. En effet, la verge par son augmentation de volume perd alors sa mobilité, devient rigide : l'urèthre se trouve entièrement à découvert par sa partie inférieure et est d'autant plus exposé que son tissu spongieux, participant à l'état de turgescence, forme un cordon assez saillant. Aussi est-ce surtout pendant le coït ou à son occasion que surviennent la plupart des accidents qui donneront fatalement naissance, dans un avenir plus éloigné au rétrécissement pénien (1). Dans ces « faux-pas » du coït, comme les appelle Guyon, la verge pressée, tirillée, ne peut résister et il s'ensuit alors une rupture de l'urèthre accompagnée ou non de la rupture partielle ou complète des corps caverneux. C'est ainsi que Watson (2) a publié l'observation d'un rétrécissement survenu à la suite d'une rupture de l'urèthre et du corps spongieux pendant le coït pratiqué « en postillon ».

Huguier (3) rapporte le fait d'un homme qui, à la suite d'une application de vésicatoire à la région mastoïdienne,

(1) Sélignac. — Paris, 1871. *Les Accidents du coït*.

(2) Boston's. *Méd. and. Surg. Jour.* 12 nov. 1885.

(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1852-1853, p. 1515.

fut pris d'érection violente et voulut pratiquer le coït sur sa femme. Celle-ci se plaça sur lui et par un faux mouvement, pressant de tout le poids de son corps sur la verge alors en érection, elle la ploya brusquement vers le périnée et la cuisse. — Lorsque les accidents de rupture de l'urèthre surviennent à l'occasion du coït, c'est généralement par torsion de la verge comme dans notre observation personnelle, ou bien par un coup atteignant l'organe en érection. C'est ainsi que Voillemier raconte qu'il a donné des soins à un homme qui se trouvant dans une maison de prostitution fut atteint à la verge alors en érection par un coup de pincette. Il y eut, comme dans notre observation, rupture du canal sans lésions des parties environnantes et rétrécissement consécutif.

C'est encore pendant l'érection survenant au cours de la blennorrhagie aiguë que l'on voit certains individus obéissant à une sotte et barbare tradition essayer de « rompre la corde » et arrivant par là le plus souvent à se faire une rupture des corps caverneux et de l'urèthre.

Dans ces cas d'urétrite aiguë le pénis est rétracté et décrit une courbe à convexité supérieure, courbe dont le canal forme l'arc. — Donc, lorsqu'un traumatisme violent agit sur le pénis, l'urèthre se déchire brusquement, généralement au niveau de la zone pénoscrotale. C'est là le point d'appel d'un rétrécissement futur. D'autres fois, et Audry (1) en a publié une observation, l'urèthre se rompt spontanément.

Mais si l'érection est la cause qui favorise le plus le traumatisme de la verge et du canal il a été publié un certain nombre d'observations de rétré-

(1) *Annales provinciales de Chirurgie*, 1894.

cissements consécutifs à des contusions de la verge alors qu'elle était à l'état normal. C'est ainsi que le malade opéré par Quénu s'était heurté le pénis contre le pommeau de la selle dans une course à cheval, celui de Pousson avait été pris en écharpe dans un engrenage au niveau du bassin ; enfin Voillemier rapporte l'observation d'un homme atteint d'un coup de pied de cheval au niveau du pénis. L'on comprend très bien en effet que malgré sa mobilité normale cet organe puisse être saisi entre deux plans résistants ce qui détermine alors des désordres assez graves. Ces dernières années enfin, où l'usage de la bicyclette a pris une grande extension, on a pu signaler des cas de rupture de l'urèthre qui seront suivis d'un rétrécissement si la chirurgie n'intervient pas dès que l'accident est arrivé. L'on sait en effet que l'exercice de la bicyclette provoque assez souvent chez l'homme des érections. C'est là une circonstance qui, comme nous l'avons vu, favorisera la rupture possible du canal pénien par une chute soit sur la roue postérieure soit en avant sur le cadre.

Il est encore une série de traumatismes qui agissent non pas tant par leur violence que par leur durée d'application au niveau de la verge. On a vu des anneaux enserrer le canal et en modifier le calibre au point de nécessiter une intervention chirurgicale (Martin, de Genève, *Annales des organes gén.-urin.* — 1884). D'autres fois le même résultat est atteint au cours d'opérations mal réglées : de sondes à demeure laissées en place trop longtemps au cours de l'opération de la circoncision compliquée d'hémorragie (*Wiener medic. Press*, n° 11. — 1879). — Dans ces cas les fistules péniennes étaient venues compliquer le tableau clinique.

Mentionnons aussi les corps étrangers, épis de blé, épingles, qui par leur séjour dans l'urèthre peuvent en modifier la muqueuse et être le point de départ de cicatrices fibreuses.

La masturbation a été aussi incriminée et on la trouve dans certaines statistiques (Statistique de l'Hôpital Necker, service de Guyon ; in Thompson, *Traité des mal. voies urin.*) comme origine de quelques cas. — En 1876, Samuel Gross (*Boston med. and surgeon Jour.* Nov.) a signalé le rapport suivant entre la masturbation et le rétrécissement pénien. Sur 231 masturbateurs observés il a trouvé 291 rétrécissements dont 82 uniques et sur ce dernier chiffre 65 siégeaient près du méat à des distances plus ou moins variables.

L'examen endoscopique de ces sujets lui aurait montré une hyperhémie de la muqueuse pouvant conduire à la longue à la formation d'un rétrécissement.

Ce mémoire du chirurgien américain, peut-être intéressant au point de vue étiologique, nous paraît moins important au point de vue de notre sujet. Il semble que ces cas observés n'ont guère de chance de tomber entre les mains du chirurgien, vu leur évolution lente, ils n'arrivent guère à gêner la fonction urinaire. Peut-être quelques invertis s'adonnant systématiquement aux pratiques de la masturbation présenteront-ils des rétrécissements de cette origine. C'est là, croyons-nous, une hypothèse hardie.

Nous pensons d'ailleurs que ce chirurgien a exagéré la portée de l'importance de la masturbation comme cause du rétrécissement pénien, mais qu'elle peut cependant jouer un rôle dans sa production, même s'il n'y a pas eu

d'urétrite antérieure comme le soutient M. le professeur Guyon.

Ces raisons d'ordre général nous montrent combien sont peu fréquents les cas que nous étudions. Dans la statistique du service de M. le professeur Guyon dans son service de l'hôpital Necker on ne relève que 4 cas de rétrécissement pénien d'origine traumatique, sur 226 sujets observés. Ladroitte (thèse de Paris), étudiant les rétrécissements infranchissables, ne relève que deux cas siégeant sur l'urèthre pénien. Pousson, dans les *Archives de Polyclinique*, de Bordeaux, 1889, déclare qu'ils sont rares.

Lorsqu'on les rencontre, leur siège est relativement variable, c'est en général à quelques centimètres du méat, exception faite cependant pour ceux qui sont consécutifs à la rupture de la corde, ou à une rupture spontanée dans l'urétrite aiguë : on sait qu'ils siègent alors de préférence au niveau de la région pénoscrotale. Au chapitre du diagnostic nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet.

Voyons maintenant comment s'établissent à la suite du traumatisme ces modifications de calibre de canal, leur marche, les processus qui leur donnent naissance et leur aspect lorsqu'elles sont définitivement constituées, en un mot leur anatomie-pathologique. Lorsqu'une plaie contuse vient intéresser le pénis, les corps caverneux, les corps spongieux peuvent être seuls atteints, un épanchement sanguin abondant se produit donnant un aspect tout particulier à l'organe atteint. Si alors des soins sont donnés au malade, après un délai assez court tout peut rentrer dans l'ordre ; bientôt le malade éprouve une certaine gêne dans la miction, il vient se présenter au chirurgien qui constate un rétrécissement. Il est alors entré en jeu un processus inflammatoire qui a transformé

les tissus en une gangue scléreuse enserrant la canal dans une virole dure ; sur toute l'étendue de son contour ou bien à la paroi inférieure seulement. Ce processus marche de dehors en dedans. Mais le plus souvent la rupture du canal s'effectue sans que les tissus ambiants soient directement intéressés. Le malade urine quelques gouttes de sang et bientôt dans un délai très court variant de 1 à 2 mois comme nous le montrent les observations, au bout de 15 jours d'autres fois le malade est pris d'une rétention d'urine et l'on constate à l'examen un rétrécissement. C'est qu'alors le canal rupturé cherche à réparer par un processus cicatriciel la solution de continuité. Des tissus de nouvelle formation viennent s'interposer entre les deux lèvres de la solution de continuité. Il se forme ici, à ce niveau, du tissu fibreux, scléro-cicatriciel, et caractérisé au point de vue histologique par ce fait : savoir que les fibres élastiques ne présentent par cette disposition en crosse d'évêque qu'on leur voit au sein du tissu fibreux de formation ancienne.

Ce tissu de cicatrice au niveau de la paroi uréthrale traumatisée est rétractile, et il doit sa rétractilité à l'absorption des sucs, à l'atrophie des vaisseaux, à la résorption des éléments nouveaux compris dans l'interstices des fibres de nouvelle formation. On n'est donc pas surpris de voir les rétrécissements traumatiques de l'urèthre pénien arriver à devenir infranchissables et par leur grande contractilité avoir une grande tendance à la récidence, ce qui est un de leurs caractères distinctifs et une indication précieuse pour le mode d'intervention à adopter dans leur traitement. Nous dirons avec Reliquet : « Quelle que soit la théorie admise pour

expliquer la formation du tissu fibreux du rétrécissement, qu'on l'attribue à la phlébite oblitérante, comme M. Mercier, ou à la transformation du tissu normal en tissu fibreux, comme M. Cruvelhier, ou à la substitution d'un tissu fibreux anormal au tissu sain disparaissant peu à peu par voie d'absorption, comme Reybard, ou à la rétraction des fibres indurées du tissu réticulaire sous-jacent à la muqueuse, par suite d'un dépôt de lymphe plastique, comme M. Guérin, ce tissu fibreux nouveau tend, par sa rétraction, à diminuer de plus en plus le calibre de l'urèthre.

CHAPITRE II

Symptômes — Diagnostic — Pronostic Complications

L'étiologie, l'évolution et l'anatomie pathologique des rétrécissements traumatiques péniers impriment à chaque cas particulier des caractères cliniques différents. La nature du traumatisme et sa violence, les circonstances au cours desquelles le pénis est atteint, la marche du processus anatomo-pathologique, tantôt simplement inflammatoire, le plus souvent scléro-cicatriciel, tout cela doit donner nécessairement à chaque cas un cortège de symptômes propres. Toutefois il en est quelques-uns qui sont communs à tous et qui servent à en établir le diagnostic ; c'est par eux que nous commencerons cette étude clinique, nous réservant de mettre en lumière par la suite les symptômes atténués ou augmentés, absents ou surajoutés pour des raisons d'ordre étiologique ou anatomo-pathologique.

Le sujet porteur d'un rétrécissement traumatique pénien se présente la verge généralement un peu arquée.

Si on la saisit et si on essaie de la rendre rectiligne on est arrêté par des souffrances plus ou moins vives du malade. Bientôt la palpation donne la sensation à un point variable du canal, depuis le méat jusqu'à la racine des bourses, d'une surface dure, arrondie ou plus ou moins aplatie ; cette petite masse, située soit à la partie inférieure du canal soit sur ses parties latérales, peut être libre, ne pas adhérer aux tissus profonds, ce dont on s'assure en mobilisant la partie qui lui est directement superposée et en imprimant de légers mouvements à cette partie dure. On a en somme la sensation d'une virole épaisse et courte, entourant le canal sur une plus ou moins grande étendue de son contour. Son volume peut varier mais elle ne dépasse presque jamais deux à cinq centimètres de longueur sur un à trois de large. La palpation continuée au-dessous ou s'aperçoit que le canal ne présente rien de semblable ; il est libre sur l'étendue restante de son parcours, on n'est pas en présence du canal en tuyau de pipe comme dans la blennorrhagie.

Si on fait uriner le malade la gêne de la miction est en rapport avec l'apparition du rétrécissement. La lésion évoluant très vite, le malade, lorsqu'il se soumet à l'examen du chirurgien, ne peut généralement qu'émettre quelques gouttes d'urine au prix de violents efforts. La glotte fermée, se raidissant violemment, la face vultueuse il urine goutte à goutte, tout en sentant un pressant besoin de vider sa vessie. Puis au bout de quelque temps il essaie de nouveau d'uriner. Il a des besoins fréquents qu'il ne peut satisfaire qu'imparfaitement par suite de son rétrécissement. D'autres fois la coarctation est telle que le malade est atteint de rétention complète, la lumière du canal

étant complètement obstruée. C'est alors que la percussion montre une vessie pleine, remontant jusqu'à l'ombilic. Il faut intervenir de suite par la cystotomie sus-pubienne pour éviter de graves complications. Nous voyons donc qu'au point de vue symptomatique le rétrécissement traumatique pénien est caractérisé :

1° par une disposition plus ou moins arquée de la verge;

2° par une virole courte, épaisse, enserrant le canal sur une étendue variable, et pouvant siéger à divers points du pénis depuis le méat jusqu'à la racine des bourses, mais presque toujours unique;

3° par une gêne de la miction pouvant suivre tous les degrés pour arriver jusqu'à la rétention complète, produite par l'oblitération complète du canal. Ces trois points en établissent l'unité symptomatique et lui donnent un aspect clinique propre.

Ces symptômes peuvent être plus ou moins marqués suivant que le rétrécissement est consécutif à tel ou tel traumatisme, survenant dans telle ou telle circonstance. C'est ainsi qu'un homme qui aura dans ses antécédents une blennorrhagie au cours de laquelle se sera effectuée une rupture traumatique du canal, par rupture de la corde, accident du coït, traction sur la verge pour faire sourdre la goutte matinale, présentera une courbure de la verge très accentuée, et difficile à corriger. Le siège de la virole que l'on sentira à la palpation au lieu de se trouver à quelques centimètres du méat, sera de préférence à la région pénéo-scrotale. La miction sera plus douloureuse à cause de l'inflammation dont son canal sera le siège. C'est ainsi que le jeune malade dont le Dr Serro, de Genève, rapporte l'observation présentait deux petites fistules

l'une à la partie supérieure de la cicatrice, l'autre au côté gauche.

Enfin l'exploration au cathéter montrera que contrairement à ce que l'on observe pour les rétrécissements traumatiques, qui sont uniques, on trouvera un ou plusieurs rétrécissements d'origine gonococcique. Chez le sujet au contraire dont la verge sera enserrée dans un anneau, par exemple, on constatera le plus souvent, à côté de la virole siégeant en un point de la verge, une ou plusieurs petites fistules urinaires. Nous n'insisterons d'ailleurs pas sur ce point, nous étant proposé d'étudier simplement les rétrécissements traumatiques simples compliqués de fistules péniennes encore ouvertes.

Après cette étude symptomatique, le diagnostic nous paraît relativement facile. Toutefois il sera complété par les anamnestiques et le cathétérisme fait sous le couvert d'une rigoureuse antisepsie. L'interrogatoire du malade éclairera le chirurgien sur la cause première du rétrécissement ; c'est là un point utile à connaître, car d'après la nature du traumatisme, les circonstances qui l'ont accompagné, on pourra savoir approximativement son siège. Le malade raconte que lors de l'accident « il a senti quelque chose craquer », et à ce moment précis il a porté sa main à la verge, la serrant fortement, croyant ainsi diminuer la douleur très vive qu'il éprouvait. Puis il a uriné quelques gouttes de sang, ou bien l'uréthrorrhagie a duré plus longtemps, une demi-heure quelquefois sans discontinuer.

Mais dans certains cas pendant plusieurs jours les premières urines sont teintées de sang. Quand l'hémorrhagie est abondante, c'est que les corps caverneux ont été rom-

pus. Le pénis au moment du traumatisme peut prendre rapidement une coloration noirâtre due au sang qui par suite de la rupture des corps caverneux, s'infiltré entre les tissus voisins pouvant ainsi descendre jusqu'au scrotum. Le prépuce peut aussi être envahi et se sphacéler si bien que le malade a pu (Martin, de Genève) en détacher des fragments avec des ciseaux. Ces uréthrorrhagies, avec décoloration du pénis, sont des symptômes immédiats, succédant de suite au traumatisme violent. Le malade s'est soigné, puis tout est rentré dans l'ordre jusqu'au bout d'un temps variant de 15 jours à 3 mois après l'accident, époque à laquelle il a vu sa miction devenir difficile. Ce récit fait par le malade, joint aux signes fournis par la palpation de la verge, font déjà porter le diagnostic de rétrécissement traumatique de l'urèthre pénien. Mais l'exploration par le cathétérisme va donner des renseignements plus précis sur le siège exact du rétrécissement, sur son degré d'oblitération de la lumière du canal.

Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien il est impossible de le franchir, ou bien il ne donne passage qu'à des bougies très fines. Les observations que nous avons pu recueillir nous montrent que quatre fois le rétrécissement n'a pu être franchi, et dans les autres cas on n'a pu passer que les sondes n° 2, n° 3, n° 10. En poussant délicatement le cathéter le long du canal, on est arrêté en un point correspondant exactement à la virole extérieure.; par un léger effort on franchit l'obstacle en sentant un ressaut et on peut parvenir ainsi jusqu'à la vessie. Ainsi donc, nous pensons que, d'une part, l'aspect de la verge, la palpation du canal, les troubles fonctionnels signalés plus haut, de l'autre, les renseignements

fournis par l'interrogatoire du malade et le cathétérisme permettent d'établir d'une façon sûre le diagnostic du rétrécissement traumatique pénien.

Quel doit en être le pronostic ? De par les complications qui peuvent survenir lorsqu'un obstacle est apporté au libre écoulement des urines, il doit être grave. Ces complications sont ou locales ou à distance, dans les deux cas elles assombrissent le pronostic. Comme complication locale, les plus fréquentes sont les fistules urinaires. On les verra signalées dans quelques-unes de nos observations. En arrière du point rétréci se créent, lorsque le rétrécissement est déjà ancien, une ou plusieurs fistules, par où l'urine s'écoule goutte à goutte. Ce sont là des voies toutes préparées à l'infection qui se produit lorsque le sujet ne prend pas des mesures antiseptiques suffisantes. D'un cathétérisme difficile et douloureux, leur guérison, soit par autoplastie ou suture, est longue et quelquefois imparfaite. C'est là un point sur lequel nous n'insisterons pas puisque nous n'étudions, dans notre sujet, que le traitement des rétrécissements où les fistules ont été guéries ou manquent.

Comme complication locale, on a signalé encore les tumeurs urinaires produites par l'infiltration des tissus par l'urine dans le voisinage du rétrécissement.

Ces tumeurs siègent habituellement au-dessous de la virole de tissu cicatriciel que l'on sent au niveau du rétrécissement et sont comme appendues au pénis. De volume variable, elles peuvent atteindre la grosseur d'une pomme, mais sont généralement peu volumineuses. Les complications à distance sont plus graves car elles retentissent sur l'état général du sujet, pour produire

la cachexie urinaire. La vessie peut être atteinte et l'on a de la cystite ; l'urètre, le rein, tout l'appareil urinaire peut être atteint. Les travaux du professeur Lépine ont montré qu'une vessie qui se vide mal et incomplètement est exposée à l'infection. Aussi n'est-il pas rare de voir les sujets atteints de rétrécissements présenter de la cystite. Le malade que nous avons pu suivre en est un exemple.

Cette complication apparaît en général à la période ultime du rétrécissement, mais dans les rétrécissements traumatiques à évolution très rapide, elle présente d'autant plus de gravité que la vessie est surprise par le processus pathologique avant qu'elle ait pu prendre en quelque sorte une attitude défensive, avant qu'elle se soit préparée à la résistance. La contractilité de la vessie n'a pas eu le temps de se renforcer en quelque sorte pour lutter contre l'obstacle apporté au libre écoulement de l'urine, comme par exemple dans la blennorrhagie où le processus anatomo-pathologique est lent et insidieux. Toutefois si cette forme de cystite est difficile à guérir sous l'influence du repos « nous nous trouvons en présence d'une égale facilité à disparaître aussitôt après la suppression de la cause principale. » (Guyon). Toutes ces complications plaident en faveur d'une intervention hâtive et efficace.

CHAPITRE III

Traitement

Jusqu'à cette époque, on s'est trouvé en présence de plusieurs méthodes dans le traitement des rétrécissements traumatiques péniers. Ce sont :

- 1° La dilatation lente et progressive ;
- 2° Le cathétérisme forcé ;
- 3° L'uréthrotomie interne ;
- 4° L'uréthrotomie externe.

Enfin il y a quelques années a apparu un autre procédé d'intervention : **l'excision**. Pratiquée d'abord sur l'urètre périnéal par des chirurgiens éminents, on a vu les résultats qu'elle a donnés et on s'est demandé tout récemment si elle ne pouvait pas être aussi appliquée aux rétrécissements péniers. Pousson, de Bordeaux, dans une communication à la Société de chirurgie de Paris (juillet 1895) a rapporté 7 observations de cas traités par cette méthode. Les résultats obtenus jusqu'ici sont loin d'être concluants et nous nous garderions bien de croire que l'observation

que nous apportons doit jeter la certitude complète dans l'esprit des chirurgiens. Toutefois, nous pensons servir la cause de l'excision en montrant qu'elle est surtout indiquée dans les rétrécissements particuliers dont nous nous occupons, de par l'étude des lésions anatomo-pathologiques, de par leur marche rapide, leur tendance à la récurrence, et surtout de par l'inefficacité des autres moyens de traitement, comme nous allons essayer de le démontrer.

De la Dilatation

La dilatation lente et progressive, dans les cas où elle est possible — car elle ne l'est pas toujours, puisque l'on admet l'existence de rétrécissements totalement infranchissables, contrairement à l'opinion des anciens chirurgiens — « Il n'existe pas de rétrécissements infranchissables mais des rétrécissements infranchis », disait Félix Bron à la Société de médecine de Lyon (1872), — offre des inconvénients nombreux. Au moment où l'uréthrotomie apparaissait en France, ses partisans faisaient déjà le procès de la dilatation. Ducamp disait :

« Le traitement par la dilatation n'est exempt ni d'accidents, ni d'inconvénients ;

« Il est douloureux et très long ;

« Il n'est jamais que palliatif (1) ».

Il est vrai qu'il la remplaçait par un autre traitement

(1) *Mémoire sur la cure des rétrécissements de l'urèthre*. Reybard, 1839.

guère moins avantageux, la cautérisation à l'aide de bougies emplastiques. Reliquet, chaud partisan de l'uréthrotomie interne, Perrin (*Gazette des hôpitaux 1865*), démontraient déjà l'inefficacité de la dilatation en général, en montrant justement qu'elle ne pouvait rendre aucun service dans les rétrécissements à tissu fibreux très dense, très résistant. Aujourd'hui, personne ne songe plus à l'employer dans ces cas.

Du cathétérisme forcé

Le cathétérisme forcé considéré comme dangereux, même lorsqu'on se trouve en présence d'une oblitération complète du canal par une sorte de diaphragme charnu, a cependant été employé. Mayor (1), en 1835, dans un mémoire sur le cathétérisme, rapporte l'observation d'un homme atteint de rétrécissement traumatique infranchissable et complètement guéri par le cathétérisme forcé. Voici l'observation :

OBSERVATION I

(Mayor : *Sur le cathétérisme, 1835*).

En septembre 1834, Louis L..., âgé de 22 ans, vint me consulter pour un rétrécissement du canal de l'urèthre, suite de rupture et de déchirure. Voici ce qui était arrivé trois mois auparavant. Ce jeune homme conduisant un char à deux vigou-

(1) Mayor : *Sur le cathétérisme, 1835*.

reux chevaux, tomba de son siège sur le derrière d'un des animaux, et se frotta violemment sur le harnais très dur ; la verge fut courbée, serrée, meurtrie et le canal de l'urèthre se rompit à trois pouces du gland. Une hémorrhagie assez forte eut lieu pendant quelques heures, l'inflammation fut violente, les urines douloureuses ; la verge devint complètement noire, la suppuration fut très abondante, et tout le traitement pendant un mois se borna à des compresses d'eau froide et des lotions, ce jeune homme n'ayant osé en parler à personne dans la crainte d'être soupçonné d'avoir quelque maladie vénérienne. Dès le premier mois, il urinait toujours moins librement, et quand il vint me consulter, il n'urinait presque que goutte à goutte et douloureusement. On sentait alors parfaitement comme un nœud à trois pouces du gland ; le rétrécissement était très dur, et l'urine en arrivant sur le point rétréci, dilatait le canal et formait une espèce d'entonnoir. Le rétrécissement pouvait avoir une ligne et demie à deux lignes. Je pris un cathéter n° 2, que je redressai, et saisissant la verge, j'arrivai au rétrécissement que je parvins à franchir d'autant plus facilement que j'avais la possibilité de pousser la partie postérieure du rétrécissement contre le bec de la sonde. Pendant cinq jours, cette dilatation fut continuée avec le même cathéter : la dilatation forcée de cette cicatrice, qui paraissait très dure, s'est faite, et la guérison a été complète. J'ai revu le jeune homme six mois après, et il m'a dit uriner comme auparavant.

Ce résultat est curieux, mais oserait-on à l'heure actuelle conseiller un pareil procédé pour le traitement des rétrécissements traumatiques péniens ? Nous ne le croyons pas et peut-être si Mayor avait revu le malade quelques années plus tard aurait-il été déçu de voir qu'une récidive s'était produite et aurait-il médité ce mot par lequel il termine la préface de son mémoire : « Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. »

Reliquet rapporte aussi que Maisoneuve se trouvant en présence d'un rétrécissement infranchissable d'origine traumatique, par un mouvement énergique de pression et de vrille, perfora les tissus qui séparaient une curette introduite par une fistule dans le canal et un cathéter et parvint à établir ainsi une communication libre entre la partie antérieure du canal occupée par le cathéter et la partie postérieure occupée par la curette. Ces deux observations ont été suivies de plein succès. du moins d'après leurs auteurs, mais c'est là un procédé très dangereux qui dans des mains bien moins expérimentées que celles de Mayor et Maisoneuve donnerait lieu à de nombreux déboires. Aussi le considérons-nous comme absolument contre-indiqué, et l'exemple de ces deux chirurgiens ne nous paraît pas avoir été bien souvent suivi.

Uréthrotomie interne

L'uréthrotomie interne peut-elle être de quelque utilité dans les rétrécissements traumatiques péniers ?

C'est ici que nous sentons combien nous devons nous garder d'être partial et de condamner des méthodes auxquelles nous en opposons une autre dont les résultats définitifs ne sont pas encore entièrement acquis à la science. Toutefois nous voyons que les chirurgiens qui ont eu à intervenir lui ont préféré l'uréthrotomie externe et cela peut-être par goût, par disposition particulière mais non certainement comme pouvant être suivie d'excision partielle puisque les observations que nous

en rapports sont antérieures à l'époque où l'excision est entrée en pratique. C'est là une méfiance justifiée car la récurrence semble être la règle ; comme le dit le professeur Guyon, « une incision intéressant des tissus fibreux et indurés se répare au moyen d'une cicatrice totalement rétractile. » Alors cette rétractilité cicatricielle arrive fatalement à faire bientôt perdre au malade le bénéfice de l'intervention. Nous dirons donc avec M. le professeur agrégé Rochet que l'uréthrotomie interne est contre-indiquée dans les cas « 1° de rétrécissements infranchissables ; 2° de rétrécissements consécutifs à certaines ruptures uréthrales graves ou à de larges pertes de substance du canal, de la classe de ceux qu'on peut appeler originellement incurables, » Et nous sommes d'un avis entièrement opposé à ceux qui prétendent que « dans ces cas on doit avoir recours à l'uréthrotomie interne suivie de dilatation. » — (Vergues, *Contribution à l'étude de la résection de l'urèthre*, Paris, 1894).

Uréthrectomie externe

L'uréthrotomie externe, comme nous l'avons dit, a été employée de préférence. Depuis longtemps les chirurgiens avaient remarqué qu'elle donnait des résultats plus satisfaisants et plus stables. Ollier et son élève Phélip ont montré par une statistique qu'elle était de beaucoup supérieure à l'uréthrotomie interne. Mais ici elle est comme elle inefficace car le précepte de Guyon que nous avons déjà cité, à savoir qu'une incision intéressant des

tissus fibreux et indurés, se répare au moyen d'une cicatrice totalement rétractile, met en suspicion les résultats obtenus et en montre la contre-indication. Toutefois nous pensons devoir citer deux observations publiées où cette méthode a donné des résultats heureux.

OBSERVATION II

Rétrécissement traumatique infranchissable de la portion pénienne de l'urèthre. Uréthrotomie externe, sonde à demeure, orchite suppurée, guérison. (An. des org. génit. urin., 1884).

En février 1883, M. K..., 32 ans, était occupé à couper du verre avec un diamant sur une table. Etant en érection et seul dans sa chambre, il avait défait son pantalon.

Un fragment volumineux de verre tombe sur sa verge et lui fait une large plaie en arrière du gland. Hémorrhagie abondante que le malade arrête en rabattant son prépuce sur la plaie et en comprimant fortement le tout avec un mouchoir.

L'hémorrhagie s'arrête assez promptement, mais du sang s'infiltre dans la peau de la verge jusqu'au rectum et surtout dans le prépuce qui devient énorme, puis se sphacèle en partie. Le malade ne fait appeler aucun médecin, mais panse la plaie avec des compresses phéniquées et de l'huile d'amandes douces. Il détache lui-même avec des ciseaux des portions de prépuce sphacélées. Pendant les six premiers jours qui suivent l'accident, les premières gouttes d'urine sont teintées de sang. Bientôt le jet diminue, puis le malade urine goutte à goutte. Au commencement de juin, il est atteint d'incontinence d'urine la nuit, et le 13 juin de rétention complète et il nous fait appeler. A deux heures de l'après-midi, le malade a rendu à peine 1/4 de verre d'urine depuis le matin et fait de violents efforts pour

uriner. La vessie est distendue. La moitié du globe vésical remonte jusqu'à l'ombilic. Le prépuce est remplacé dans toute sa moitié inférieure par un tissu de cicatrice qui comprime quelque peu l'extrémité du gland. A 2 cent. $\frac{1}{2}$ du méat, sur la partie latérale gauche de la verge, on sent à travers le prépuce une induration qui se prolonge sur la paroi inférieure de l'urèthre.

TRAITEMENT : Grand bain de son. Le malade a fort peu uriné dans son bain. A 6 heures du soir, nous explorons son canal, tous les explorateurs à boule, même les plus fines bougies, sont arrêtés à 2 cent. $\frac{1}{2}$ du méat. Après un quart d'heure de tentatives infructueuses, il semble que l'on pénètre avec une très fine bougie (n° 4) légèrement recourbée dans l'intérieur du rétrécissement, mais il est impossible de la faire avancer, elle est serrée, on la laisse à demeure.

16 juin. — Le malade a uriné le long de la bougie et a presque vidé sa vessie pendant la nuit. La bougie retirée était recourbée dans le canal. Nouvelles tentatives infructueuses les 14, 15, 16 juin pour franchir le rétrécissement. Une ou deux fois la bougie semble pénétrer, mais elle se courbe et son extrémité ressort au méat.

17 juin. — Tentatives prolongées et infructueuses avec des bougies collodionnées et recourbées en baïonnettes.

18 juin. — Le malade laisse une bougie en cire n° 46, appliquée pendant une heure contre la partie antérieure du rétrécissement. Nouveaux essais infructueux après l'avoir retirée avec des bougies fines collodionnées et recourbées en baïonnette, en S, etc.

19, 20, 21 juin, idem.

22 juin. — Une fine bougie introduite dans le canal se recourbe et son extrémité vient ressortir entre le gland et le prépuce un peu à gauche du frein : elle est laissée $\frac{1}{4}$ d'heure dans cette position puis elle est retirée. Un peu d'urine s'écoule entre le prépuce et le gland.

Les 24, 25, 26, 27, 29, 30 juin, nouveaux essais infructueux après avoir laissé une bougie en cire appliquée pendant une heure environ contre le rétrécissement.

3 juillet. — Le malade anesthésié, on pratique une incision dorsale sur le prépuce pour mettre le gland à nu et rechercher l'orifice par lequel la bougie a passé du canal dans le prépuce, on trouve à gauche du frein un tissu cicatriciel assez étendu mais pas d'orifice fistuleux. Tentatives infructueuses pour franchir le rétrécissement pendant le sommeil anesthésique. Un point de suture à la partie médiane réunit la muqueuse à la peau.

4 juillet. — Le malade prétend qu'il urine plus facilement depuis l'incision du prépuce, l'urine s'écoule goutte à goutte et involontairement pendant la nuit.

Gonflement très modéré du prépuce après l'opération, il disparaît au bout de peu de jours.

En juillet et août, le malade fait lui-même de nouvelles tentatives infructueuses avec de fines bougies pour pénétrer au travers du rétrécissement. Atteint d'incontinence d'urine, il est obligé de porter un urinal en caoutchouc. Pendant un voyage dans le Valais il a gardé trois jours sans pouvoir l'enlever cet urinal qui a déterminé une constriction à la racine du gland en arrière du tissu cicatriciel, une légère excoriation des tissus à ce niveau et une rétention d'urine. Un médecin, appelé, a enlevé l'urinal et la rétention d'urine a cédé à l'emploi de bains et de cataplasmes.

Revu le 8 septembre, le tissu cicatriciel de la racine du gland s'est encore épaissi; une fistule située à ce niveau laisse écouler quelques gouttes d'urine.

Nouvelles tentatives infructueuses de cathétérisme avec des bougies droites et recourbées, collodionnées ou non.

9 septembre et 10 septembre. — On essaie en vain de sonder le malade pendant qu'il urine, application de la bougie en cire, nouvelles tentatives infructueuses.

Le 11 septembre. — Le malade est endormi. On essaie encore sans succès de franchir le rétrécissement; une sonde

métallique droite est maintenue solidement appliquée contre la partie antérieure du rétrécissement.

Incision longitudinale sur la ligne de la paroi inférieure de la verge, au milieu du tissu de cicatrice; la sonde sort par l'incision, elle est repoussée en haut, l'incision est prolongée sur la ligne médiane et bientôt la sonde pénètre profondément dans le canal, impossible de distinguer les parois de l'urèthre au niveau de la cicatrice. L'instrument métallique est remplacé par une sonde en gomme à bout coupé introduite sur conducteur, 4 points de suture au catgut intéressant une épaisseur considérable du tissu cicatriciel.

La sonde est fixée à demeure et prolongée par un tube en caoutchouc, que l'on plonge dans un urinoir placé au côté droit du malade.

12 septembre. — L'urine sort librement par la sonde; pas de fièvre.

13 septembre. — Quelques douleurs au niveau du col de la vessie.

14 septembre. — Urines troubles, verge un peu tuméfiée, vives douleurs au niveau du col de la vessie. On enlève les sutures et la sonde à demeure; dans la journée l'urine s'écoule en entier par le méat.

15 septembre. — La sonde est bouchée, l'urine s'écoule en partie par la partie antérieure de la plaie qui est désunie; envie fréquente d'uriner.

On replace, à l'aide d'une bougie armée et d'un conducteur métallique, une sonde à bout coupé dans la vessie; fièvre et frissons dans l'après-midi. T. 39°.

16 septembre. — Un peu de suppuration au niveau de la plaie, l'urine s'est écoulée en totalité par la sonde; soir, T. 39° 2 prises sulfate quinine de 0,50 cent.

17 septembre. — Le gonflement de la verge et la fièvre ont disparu.

19 septembre. — Pendant la nuit, un peu d'urine s'est écou-

lée par la plaie, la sonde étant bouchée par du pus. On change la sonde et fait une injection d'eau boriquée au 3 0/0 dans la vessie.

20-21 septembre. — Injections d'eau boriquée, la plaie se rétrécit; la sonde fonctionne bien.

22 septembre. — La sonde s'est bouchée de nouveau, quelques gouttes d'urine passent par la plaie; on change la sonde.

24 septembre. — Un peu de fièvre, et douleurs au niveau du testicule droit et du cordon.

27-28-29 septembre. — Testicule gonflé, douloureux, un peu de fièvre, surtout le soir, la plaie n'est pas encore cicatrisée, iodoforme.

1^{re} octobre. — Douleurs très vives au niveau du testicule qui est gonflé; on retire la sonde, la verge et la plaie sont un peu enflammées.

2 octobre. — Le malade urine toutes les 5 heures, un peu d'urine s'écoule par la partie antérieure de la plaie, la plus grande partie par le méat, la douleur au niveau du testicule et du cordon a diminué.

3 octobre. — Chaque fois qu'il urine, le malade a soin de rapprocher les lèvres de la plaie; le gonflement de la verge a disparu, le testicule est douloureux et le scrotum rouge et tuméfié.

4 octobre. — Fluctuation à la partie déclive des bourses, une portion de l'épididyme adhère au scrotum, le testicule lui-même est volumineux et douloureux. On passe au n° 16 dans la partie antérieure du canal jusqu'au niveau de l'incision, le jet ayant de la tendance à diminuer; la plaie est presque entièrement cicatrisée.

6 octobre. — Incision au niveau de la partie fluctuante du scrotum, écoulement abondant de pus phlegmoneux.

7 octobre. — Le scrotum est moins tendu, mais l'épididyme et le testicule sont encore gonflés et douloureux.

8 octobre. — On passe au n° 17. Le cathétérisme est moins douloureux que le 4 octobre.

9-10 octobre. — Du pus s'écoule encore par la plaie du scrotum, le malade retourne chez lui.

12 octobre. — Les douleurs et le gonflement du testicule ont augmenté, le malade étant resté debout une partie de la journée.

13 octobre. — Du pus phlegmoneux s'écoule par la plaie du scrotum.

15 octobre. — Le testicule a repris son volume normal, mais l'épididyme reste dur et volumineux; on fait sortir par la pression sur cet organe une notable quantité de pus. La plaie scrotale tendant à se refermer, on l'ouvre avec un stylet.

19 octobre. — L'épididyme diminue ainsi que la suppuration. On passe au n° 46 dans le canal, le passage de la sonde est plus facile.

22 octobre. — On passe au n° 48, la plaie du scrotum est presque guérie.

25 octobre. — Le malade part en voyage et se passera tous les deux jours une bougie n° 48 dans le canal.

Revu le 20 novembre en meilleure santé, engraisé; la plaie du scrotum est fermée, il reste un léger gonflement de la queue de l'épididyme. Le n° 48 passe facilement; lorsque le malade urine, une ou deux gouttes passent par une fistule presque imperceptible située près de la partie antérieure de la plaie.

OBSERVATION III

Recueillie par le Dr. Serro, assistant.

(*Ann. des org. gén.-urin.* — 1884).

Rétrécissement traumatique de la portion pénienne de l'urèthre avec fistules urineuses. — Rétrécissement infranchissable, rétention d'urine, uréthrotomie externe. Sonde à demeure. — Guérison.

Le nommé B..., de Sion (Valais), âgé de 7 ans, est amené au professeur Julliard à la clinique chirurgicale de la Faculté de Genève, le 30 octobre 1882.

L'enfant avait mis une boucle de rideaux autour de sa verge et l'a laissée trois semaines sans que personne s'en aperçût. A ce moment il commença à uriner au lit, on l'examina et on trouva l'anneau recouvert d'une cicatrice. Le Dr. Bouvin, de Sion, put extraire l'anneau par fragments et envoya l'enfant à Genève.

Etat actuel. — L'enfant porte une cicatrice circulaire autour de la verge ; vers son cinquième postérieur cette cicatrice est rouge violacé et par la palpation on sent une induration circulaire correspondant à la cicatrice, elle est plus forte à la partie inférieure.

Deux petites fistules urinaires se remarquent, l'une à la partie supérieure de la cicatrice, l'autre au côté gauche. L'enfant urine goutte à goutte ; pendant la miction on voit sourdre un peu d'urine par les deux points mentionnés plus haut. En introduisant un explorateur dans l'urèthre, on sent qu'il est arrêté au niveau de la cicatrice, aucun instrument, même une bougie filiforme n° 2, ne peut franchir l'urèthre en ce point.

La vessie est distendue et remonte jusqu'à l'ombilic.

1^{er} novembre. — Ponction de la vessie, à cause de la distension exagérée, et des douleurs ressenties par l'enfant, ténesme rectal et vésical et violentes douleurs lombaires.

2 novembre. — Le malade est éthérisé et l'on pratique l'uréthrotomie externe sans conducteur. On incise couche par couche jusqu'à ce que l'on arrive dans l'urèthre, en avant du rétrécissement, puis on cherche à suivre ce canal en arrière. On n'a absolument pas pu reconnaître le canal dans la cicatrice et l'orifice postérieur a été difficile à trouver. Après l'avoir découvert, on remplace le cathéter cannelé par une bougie à bout coupé que l'on fixe à demeure.

Trois points de suture réunissent les parois de l'urèthre : l'on termine en suturant la peau sans s'inquiéter des petites fistules.

Le soir l'enfant a des frissons, une température de 39°. Le prépuce est œdématié, l'urine sort par la sonde, la vessie est vide.

3 novembre. — T. 39°,2, prépuce œdématisé et infiltré, la sonde fonctionne bien.

4 novembre. — L'enfant urine par la sonde et autour de la sonde, on n'a pas aperçu d'urine dans la plaie ni au niveau des fistules.

5 novembre. — De l'urine a passé autour de la sonde et par la plaie ; pas de fièvre. On retire la sonde à midi, le soir l'urine s'écoule en bonne partie par la plaie

6 novembre. — L'enfant urine par la plaie et par la verge, une induration se prolongeant en arrière de la plaie descend dans le scrotum. Elle est douloureuse au toucher mais sans rougeur de la peau.

7 novembre. — La plus grande partie de l'urine sortant par la plaie, on met une serrefine pour fermer la fistule qui a un orifice long de 1/2 cent. La verge et le prépuce œdématisés ont beaucoup diminué de volume, la serrefine empêche l'urine de sortir par la fistule.

8 novembre. — Le malade enlève la serrefine et urine en bonne partie par la plaie.

11 novembre. — La plus grande partie de l'urine s'écoule par la plaie, cependant il en passe encore une bonne partie par l'urèthre.

13 novembre. — On arrive dans la vessie avec une petite sonde n° 7 et la laisse à demeure.

15 novembre. — On enlève la sonde qui ne fonctionne plus très bien, mais on ne parvient pas à en placer une autre.

18 novembre. — On passe une sonde n° 13, et la laisse à demeure, il ne reste plus qu'une très petite ouverture fistuleuse.

20 novembre. — On enlève la sonde qui fait souffrir l'enfant, la plaie et les fistules sont entièrement cicatrisées, toute l'urine passe par la voie normale. En retirant la sonde, on ramène une petite quantité de plus, T. 38°,2.

30 novembre. — L'enfant va bien depuis le 20. Une bougie n° 8 franchit le rétrécissement, mais on n'arrive pas à la faire pénétrer dans la vessie.

2 décembre. — On passe le n° 9 qui comme le précédent franchit avec peine le rétrécissement, mais n'entre pas dans la vessie.

3 décembre. — Les n° 9 et 10 idem.

4 » — N° 10 et 11.

5 » — N° 12 est fortement serré par le rétrécissement, il pénètre jusque dans la vessie. On le laisse 2 heures à demeure.

6 décembre. — N° 13 pénètre dans la vessie.

7 » — N° 11 idem.

10 » — Le 13 n'entre pas dans la vessie.

12 » — L'urèthre est exploré de nouveau. Une bougie à boule n° 10 ne passe pas, le n° 9 dépasse la cicatrice mais est arrêtée un peu plus loin. Le soir une bougie n° 10 pénètre dans la vessie ; on la laisse 40 minutes et on la remplace par n° 11 qui est passablement serré.

17 décembre. — Le n° 10 entre dans la vessie après quelques tâtonnements. En un point en arrière de la cicatrice, la sonde fait sentir un ressaut et une direction tortueuse du canal de peu de longueur. Ce point dépassé, on arrive sans difficulté dans la vessie. Le n° 11 serre un peu au niveau de la cicatrice.

18 décembre. — Le malade quitte l'hôpital. N° 11 est entré facilement dans la vessie.

Faut-il avec M. Martin de Genève tirer une conclusion ferme et dire avec lui :

« L'uréthrotomie externe, suivie de l'introduction de la sonde à demeure et de la suture des parties incisées est le traitement qui paraît le mieux indiqué, quoiqu'il ne faille

pas compter, en pareil cas, sur la réunion par première intention (1) » ? Nous ne le pensons pas.

En somme nous voyons que ces diverses méthodes malgré l'apparence de guérison qu'elles ont donnée dans les observations que nous publions ne sauraient être employées avec succès dans le traitement des rétrécissements traumatiques de l'urèthre pénien. C'est qu'en effet elles n'arrivent qu'à supprimer momentanément l'obstacle créé au cours de l'urine et mettent une fois de plus en lumière ce que, déjà en 1837, Dugas écrivait, savoir : « que les désordres produits par la présence d'un tissu inodulaire quelconque ne peuvent être convenablement combattus qu'autant que ce même tissu est remplacé par des tissus normaux. » Et ce même chirurgien ajoute : « une portion de tube urétral peut être impunément enlevée puisque la nature trouve moyen de remédier à cette ablation ». (*Gazette des Hôpitaux*, 1837).

Dès cette époque, l'uréthrotomie, suivie d'autoplastie, était créée et restée depuis dans l'oubli.

De nos jours elle a été remise en pratique, d'abord sur l'urèthre périnéal, par Guyon et Albarrau, par Mollière et ses élèves de l'école lyonnaise, tout récemment, par M. le professeur Poncet. Avant de l'appliquer dans toute sa rigueur aux rétrécissements traumatiques pénien, quelques chirurgiens l'ont combinée avec l'uréthrotomie externe. C'est un pas fait vers l'uréthrotomie d'emblée et les résultats obtenus paraissent déjà plus satisfaisants.

(1) *Annales des organes génito-urinaires*, T. IV, 1886.

Uréthrotomie externe associée à la résection partielle du canal de l'urèthre. — Autopsie consécutive

Inspirés des observations de Dugas, de Roux, de Voilemier, quelques chirurgiens ont associé à l'uréthrotomie externe l'excision partielle du canal de l'urèthre. Après avoir incisé sur la ligne médiane et arrivés sur le nodule cicatriciel, ils en ont excisé une portion plus ou moins grande. Cette méthode, dont nous rapportons une observation publiée par M. Pousson, offre certainement des avantages marqués sur les précédentes. Mais à la lecture de cette observation, la seule que nous ayons pu nous procurer, on sent que ce n'est pas là un mode de traitement bien marqué, bien réglé dans ses détails. Selon que l'on aura à faire à tel ou tel chirurgien, l'excision sera plus ou moins variée.

Au lieu de creuser un sillon médian au sein de la virole cicatricielle comme l'a fait M. Pousson, on pourra attaquer le tissu morbide par une de ses extrémités, par exemple, poursuivre ainsi jusqu'à sa partie inférieure et la transformer en une sorte de manchon creusé d'une gouttière dans le sens longitudinal.

Pour la réfection du canal l'initiative sera laissée au chirurgien. Au lieu de faire de l'autoplastie directe, d'obtenir par bourgeonnement une paroi uréthrale, on pourra faire de l'hétéroplastie, suivant la place occupée par le rétrécissement. On voit donc que ce traitement n'est pas, à proprement parler, une intervention dont le

manuel opératoire est bien arrêté, bien net, tout en tenant compte de ce fait, que le chirurgien est obligé de se régler sur l'aspect, la forme du rétrécissement.

De plus on peut encore se demander si cette reconstitution de la paroi inférieure de l'urèthre sera bien sûre, et si ce travail qui aboutit à la production, un peu au hasard, de bourgeons charnus réparateurs donnera toujours une paroi uréthrale souple et bien constituée.

Enfin la réunion par première intention se fera-t-elle toujours très bien, et la production d'une quantité plus ou moins grande de pus ne sera-t-elle pas un obstacle au but cherché par le chirurgien ? D'ailleurs notre malade auquel on fit d'abord une uréthrotomie externe avec excision partielle est bien un exemple de récurrence consécutive à une telle intervention. Nous pensons donc que c'est là un traitement qui peut être bon dans certains rétrécissements très étendus, où l'on aura à craindre une perte de substance uréthrale trop grande, mais qu'en général il vaut mieux avoir recours au procédé que nous croyons être le procédé de choix : l'uréthrotomie externe et suture consécutive des deux bouts uréthraux.

OBSERVATION IV

Pousson : *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, 1889.

Oblitération complète de l'urèthre pénien consécutive à un traumatisme.

Réfection du canal par excision de la partie centrale du nodule cicatriciel. — Guérison.

L..., âgé de 47 ans, meunier, se présente à mon observation le 15 septembre 1888. Il raconte qu'au mois de juin dernier, il

a été saisi dans un engrenage de moulin, qui, le prenant en écharpe au niveau du bassin, a déterminé chez lui une rupture de l'urèthre au niveau de la portion pénienne. Il a à ce moment perdu une assez grande quantité de sang par le canal, mais n'a pas eu de rétention d'urine.

D'ailleurs le médecin appelé à le soigner a mis dès le premier jour de l'accident une sonde à demeure et l'a laissée pendant quelque temps ; cependant la verge s'est tuméfiée, des abcès se sont formés et ont mis un certain temps à se cicatriser. La sonde une fois sortie de l'urèthre, aucun cathétérisme n'a été fait et peu à peu le canal s'est complètement oblitéré, tandis que les urines s'échappaient à chaque miction par un trajet fistuleux s'ouvrant à la base du gland.

A l'examen du malade, je constate l'existence de plusieurs cicatrices blanchâtres du fourreau de la verge et un petit pertuis bordé de bourgeons charnus vivaces dans le sillon balano-préputial du côté droit près du frein. C'est par ce pertuis, au dire du malade, que sont émises toutes ses urines. J'explore le canal avec une bougie à boule n° 14 et je suis arrêté à trois centimètres et demi du méat par une sorte de diaphragme charnu. J'essaye, mais en vain, de trouver à son niveau un orifice capable d'admettre une bougie filiforme. J'explore alors la fistule s'ouvrant à la base du gland. Cette exploration est assez douloureuse : le trajet est très tortueux et malgré toute ma patience, je ne parviens qu'à y faire pénétrer une fine bougie dans une étendue de quatre centimètres environ. Priant alors le malade d'uriner, je constate que rien ne passe par le méat, mais que l'urine s'écoule par la fistule, goutte à goutte, et au prix de grands efforts du patient. C'est du reste toujours ainsi qu'il pisse, dit-il. La vessie se vide cependant bien : l'urine est claire, limpide, normale.

De cet ensemble de signes, je conclus à une oblitération complète du calibre de l'urèthre et à l'existence d'un trajet fistuleux, étroit, tortueux, s'abouchant en amont du point obturé.

Explorant alors le canal par la palpation extérieure, je trouve un peu au-dessus du gland, un noyau cicatriciel dur, du volume

d'une noisette, englobant le canal. Au-dessus, c'est-à-dire entre ce noyau et les bourses, l'urèthre est libre, parfaitement perceptible à travers les enveloppes de la verge. Je le sens très bien se dilater sous la pression de l'urine, lorsque le malade contracte sa vessie pour la vider. Par contre, une sonde, placée au contact du tissu qui oblitère le canal, n'est nullement repoussée sous l'impulsion des efforts de la miction.

De ce dernier fait et de la constatation du noyau d'induration péri-urétral, je tire la conclusion que l'oblitération n'est pas due à une simple membrane, mais à un nodule cicatriciel d'un centimètre de longueur environ.

Je ne puis donc songer, ainsi que cela a été proposé, à rétablir la continuité du canal de l'urèthre en perforant à l'aveugle le nodule obturateur, mais m'inspirant des observations de Dugas, de J. Roux, de Bourguet (d'Aix), de Voillemier, je décide de pratiquer l'uréthrotomie externe avec excision partielle du noyau cicatriciel.

Je procède à l'opération le 20 septembre. Le malade étant chloroformé, j'introduis un cathéter métallique dans la partie antérieure du canal jusqu'au contact du point oblitéré. La verge est alors relevée sur le ventre et tendue par une légère traction de façon à bien mettre en évidence sa face inférieure et à permettre à mes doigts de reconnaître et le bec du cathéter et le noyau de cicatrice. L'organe maintenu dans cette position, je pratique exactement sur la ligne médiane une incision qui, commençant au niveau du bec du cathéter, s'arrête à un peu plus d'un centimètre de ce point, c'est-à-dire un peu au-dessous du nodule cicatriciel.

Après avoir incisé avec soin les enveloppes de la verge, la pointe de mon bistouri entame le tissu induré qui résiste fortement. Je sectionne d'abord dans l'angle antérieur de la plaie et pénètre rapidement au contact du cathéter ouvrant ainsi l'urèthre. Alors redoublant de précaution et tenant bien ma pointe sur la ligne médiane j'incise le noyau cicatriciel jusqu'à une profondeur de deux millimètres environ. Avant de poursuivre plus loin, je passe dans chacune des lèvres, bordant le sillon

que je viens de creuser, une anse de fil de soie que deux aides m'écartent en tirant légèrement. Cela fait, je creuse plus profondément dans l'angle postérieur de la plaie et je découvre de la sorte assez facilement le bout postérieur du canal.

Ne pouvant prétendre disséquer le noyau de cicatrice et l'enlever complètement, je résèque de la façon suivante la partie centrale de manière à créer une sorte de tranchée, qui rétablisse la continuité de l'urèthre. Portant la pointe du bistouri dans ma première incision médiane et le dirigeant obliquement en dehors et à gauche, je creuse en plein tissu pathologique un sillon de deux à trois millimètres de profondeur.

Je répète la même incision à droite. De la sorte j'ai limité des deux côtés le tissu que je désirais inciser, il ne me reste plus, pour le détacher complètement, qu'à séparer d'un coup de ciseaux courbes la base adhérente de cette espèce de petit prisme. Tout cela est fait avec la plus grande facilité et étant donné le peu de vascularité des tissus je suis peu gêné par le sang.

Grâce à cette incision je puis passer directement une sonde en gomme n° 17 du bout antérieur dans le bout postérieur de l'urèthre et la conduire jusque dans la vessie. Par-dessus, je rapproche les deux lèvres du sillon que j'ai creusé dans le tissu morbide. Elles s'affrontaient par une surface de plus d'un millimètre et je les maintiens au contact à l'aide de cinq points de suture entrecoupée au catgut fin.

Le canal est dès lors restauré et il ne me reste plus pour achever l'opération qu'à suturer les téguments à l'aide de quelques points de crin placés assez près les uns des autres. J'applique un large pansement antiseptique couvrant tous les organes génitaux et ne laissant passer que l'extrémité de la sonde, que je laisse ouverte dans un urinoir.

Le soir le malade est très bien : la sonde a fonctionné régulièrement et a donné issue à environ un demi-litre d'urines normales.

Rien à noter les 21, 22, 23 septembre. Je ne défais le pansement que le 24 septembre. La verge est un peu rouge et œdématisée au niveau de la plaie et la pression fait sourdre dans

l'angle antérieur un peu de pus grisâtre, strié de sang. J'introduis par cet angle béant un petit drain que je fais glisser sous les téguments.

Le 26 septembre, il sort une assez grande quantité de pus dans l'angle de la plaie où se trouve le drain et dans l'intervalle de quantités de points de la suture superficielle. Pour lui donner issue je fais sauter tous les points de cette suture et je constate que les sutures profondes ont bien tenu et que la réunion des parois de l'urèthre est effectuée. Tout le fond de la plaie est recouvert de bourgeons charnus vivaces : je les saupoudre d'iodoforme et pour obtenir la cicatrisation à plat je recouvre la verge de gaze phéniquée et de ouate salycilée. J'ai d'ailleurs préalablement changé la sonde à demeure pour une autre de même calibre.

Le 20 septembre, le bourgeonnement de la plaie affleure la surface des téguments de la verge et l'épidermisation commence à se faire. Je supprime la sonde à demeure.

Dans la journée, le malade urine à plein canal et rien ne passe ni par la fistule préexistante ni par la plaie chirurgicale de l'urèthre.

Le 3 octobre, je passe successivement sans difficulté dans le canal des bougies n° 16 et 17.

Le 5 octobre, la plaie est complètement cicatrisée et l'urine continue à être déversée en totalité par l'urèthre sans dérivation du côté de la fistule. Je passe ce jour les bougies n° 17 et 18.

Tous les deux jours, jusqu'au 20 octobre, je pratique la dilatation et j'arrive ainsi à passer le n° 20, à cette époque le malade me quitte pour retourner chez lui et avant de le laisser partir je lui recommande avec insistance de continuer à se dilater.

J'ai reçu une lettre de L..., le 28 avril 1889, dans laquelle il dit que quoiqu'il ait passé assez régulièrement les bougies, la plaie ancienne est devenue très dure et le canal a perdu de son calibre, — à cette époque il ne peut plus passer que le n° 14.

À côté de cette observation, nous croyons bon de rapporter celle de Audry publiée dans les *Archives provinciales de*

Chirurgie (1894). — Ce chirurgien « applique à l'urèthre un vieux mode d'autoplastie, celui-là même que Heinecke a appliqué au pylore ; il consiste à fendre la cicatrice dans l'axe du canal et à rapprocher par des fils les extrémités de l'incision convertie en ligne de suture transversale perpendiculaire à l'axe du canal. »

OBSERVATION V

(Audry, *Archives provinciales de Chirurgie*, 1894).

M..., âgé de 24 ans, a eu sa première blennorrhagie en juin 1892. Elle fut marquée par un accident grave : une nuit, le malade se réveille et trouve son lit inondé de sang par une hémorrhagie uréthrale extrêmement abondante : la rupture de l'urèthre s'était effectuée spontanément pendant une érection. Le malade traita sa blennorrhagie par les méthodes anciennes. Les accidents de sténose uréthrale se manifestèrent presque immédiatement.

Quand nous le vîmes pour la première fois, à la fin de novembre de la même année, il nous présenta de l'urétrite non gonococcique, du reste assez peu prononcée, et un rétrécissement siégeant exactement au niveau de l'angle péno-scrotal. Ce rétrécissement, absolument annulaire et très court, admettait seulement des bougies filiformes. A l'exploration extérieure du canal, on constatait l'existence d'un anneau court, dur, élastique, entourant complètement le canal.

En décembre 1892, uréthrotomie interne ; les suites opératoires furent normales et l'urèthre sembla se dilater, quand le malade contracta une nouvelle blennorrhagie vers la fin de janvier 1893. Cette blennorrhagie céda au traitement par le permanganate ; mais, après quelques mois, l'on vit réapparaître un certain degré d'urétrite sans gonocoque, caractérisée par un écoulement blanchâtre, peu abondant. La sténose recommença à gêner le cours des urines, bien qu'elle restât très facilement dilatable.

Enfin, à la fin de 1893, malgré des séances successives de dilatation, la tendance à la récurrence devint de plus en plus manifeste, et le malade, dégoûté des cathétérismes répétés, me demanda énergiquement une intervention radicale capable de fournir un résultat définitif.

Ainsi que cela avait paru probable dès le début, l'uréthrotomie interne était restée insuffisante, même accompagnée de la dilatation. Je pensai donc naturellement à l'excision de la virole cicatricielle. Cependant, avant de réséquer complètement un segment d'urèthre pénien, pouvant en somme admettre un Béniqué n° 37, j'essayai de réaliser d'une manière quelconque le vieux programme de Reybard, de mettre une pièce au canal en faisant une uréthroplastie qui ne pouvait présenter aucun désagrément.

C'est pourquoi nous nous arrêtons au projet qui fut mis à exécution le 30 janvier, le malade étant entré à l'Hôtel-Dieu.

Opération. — Après anesthésie par l'éther, nous introduisons dans l'urèthre un Béniqué n° 34. Il est assez volumineux pour que, en le retirant, on entraîne la petite virole cicatricielle qui est ainsi amenée au milieu du pénis, alors que, normalement, elle occupe l'angle péno-scrotal.

La région ayant été très soigneusement désinfectée, je fais sur la ligne médiane de la face inférieure de la verge, au niveau de l'anneau dur et tendu une incision de 0,04 cent. environ, qui me conduit sur le canal de l'urèthre. Avec un couteau à scarifier les lupus, je sectionne couche par couche, avec beaucoup de précautions, le tissu cicatriciel blanc et anémié ; le rétrécissement ne mesure pas un centimètre de hauteur. Cette incision est pratiquée exactement dans le grand axe du canal. En agissant avec prudence, nous arrivons à découvrir le cathéter uréthral qui brille à travers l'épithélium conservé de la muqueuse ; celle-ci n'a pas été déchirée.

Nous passons alors un premier catgut qui réunit l'une à l'autre les deux extrémités de l'incision de la cicatrice, et qui met en contact les tissus sains du bulbe. Le fil prend l'épaisseur des tissus du canal, sans toucher à l'épithélium de la muqueuse.

Une fois lié, le fil transforme l'incision longitudinale en une ligne transversale perpendiculaire au canal. On met un fil semblable de chaque côté médian.

Le cathéter est alors enlevé. Un surjet réunit la plaie cutanée et on panse ; la verge est immobilisée dans un suspensoir.

On ne met pas de sonde à demeure.

Suite. — *Le 1^{er} février.* — Etat local parfait. Aucune douleur, aucune fièvre, rien d'anormal du côté de l'urèthre et de la miction.

Légère ecchymose au niveau de l'incision, qui est restée aseptique ; le malade a eu quelques érections.

Le 7 février. — On enlève les fils : réunion parfaite.

Ecchymose péno-scrotale. Le malade pisser admirablement ; pas de sang, ni de douleur. L'urétrite diminue.

23 mars. — Le malade a pris deux ou trois lavages au permanganate, l'urétrite persiste, quoique légère, sans gonocoque. A l'exploration externe du canal, on retrouve la virole cicatricielle ; elle est brusquement interrompue par un sillon perpendiculaire à sa direction et qui répond à la section opératoire parfaitement maintenue. A l'exploration interne nous passons successivement trois Béniqué n° 36, 44, 50 ; ce dernier amène quelques gouttes de sang, sans aucun incident du reste.

Ainsi deux mois après l'intervention, on peut considérer le résultat se maintenant bon ; cependant, il est évident que l'on ne pourra apprécier le résultat définitif que beaucoup plus tard ; au reste, nous conseillons au malade de se faire passer encore tous les mois un Béniqué 44 (1).

M. Audry conclut en disant qu'il faut réserver ce petit procédé aux rétrécissements courts, annulaires, bien limités, d'origine traumatique, ceux-là même que l'uréthrotomie interne est impuissante à guérir.

(1) Le malade a été revu le 5 juin, en excellent état. La virole semble diminuée ; la brèche s'y retrouve très nette. Le malade pisser d'une manière parfaite, 5 mois après l'opération.

Tout en reconnaissant que son procédé est simple et facile à employer, qu'il est en même temps très ingénieux, nous pensons qu'il constitue bien plus une façon heureuse, efficace de terminer certaines uréthrotomies externes, « qu'un nouveau procédé opératoire des rétrécissements cicatriciels de l'urèthre. » Ce sont justement ces rétrécissements annulaires, courts, biens limités, d'origine traumatique, que nous croyons susceptibles du traitement que nous allons indiquer.

Uréthrectomie totale et suture consécutive des deux bouts uréthraux

MANUEL OPÉRA TOIRE

Nous décrivons à l'uréthrectomie pénienne quatre temps principaux :

- 1° L'incision et soins préliminaires ;
- 2° La résection des tissus morbides ;
- 3° La reconstitution du canal par suture uréthrale ;
- 4° La formation des plans de suture destinés à fermer la plaie.

I. — INCISION ET SOINS PRÉLIMINAIRES

Le sujet sera couché dans la position de la taille, les cuisses maintenues écartées par deux aides. L'antisepsie rigoureuse de la région étant faite par des lavages successifs au savon, au sublimé à 1/1000 et à l'éther, on

passera la bande hémostatique d'Essmarch à la racine de la verge, afin de prévenir l'hémorrhagie qui pourrait être très abondante vu la richesse vasculaire de la région et gêner l'opérateur. Un cathéter métallique sera introduit dans le canal jusqu'au point rétréci, la verge relevée sur le pubis et maintenue par un aide. La paroi inférieure du canal mise ainsi en évidence la palpation donnera la sensation du nodule cicatriciel. Généralement de forme olivaire, renflé au centre, on sent immédiatement au-dessus de lui le bec du cathéter préalablement introduit. C'est de ce point que partira l'incision qui, dirigée suivant l'axe du nodule scléreux, l'intéressera dans toute son étendue. Une dissection lente et minutieuse des couches sous-cutanées amènera bientôt sur le tissu du rétrécissement que l'on reconnaîtra aisément à sa couleur blanchâtre et à sa dureté qui contraste avec celle des autres tissus.

II. — EXCISION

C'est alors qu'il faudra réséquer la partie des tissus péri-uréthraux et le canal lui-même, à laquelle ils sont intimement unis. La résection pourra être totale ou partielle.

Guyon et Poncet, aux récents congrès de chirurgie, ont préconisé la résection partielle, tout en recommandant de laisser le plafond uréthral. Il s'agissait alors de la conduite à tenir dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre périnéal. Dans les cas qui nous occupent nous pensons que les tissus scléreux, étant généralement

courts, bien limités, il est préférable d'inciser largement, à fond, le nodule cicatriciel et de réséquer le canal urétral en entier. On n'aura pas à craindre, pensons-nous, une perte trop grande du canal pouvant gêner la réunion immédiate. A l'aide donc des ciseaux courbes, après avoir disséqué légèrement les deux bouts de la paroi urétrale sur lesquels portera la suture, on enlèvera en entier la virole scléreuse qui enserre le canal dans une plus ou moins grande étendue. Reste à opérer la suture des deux bouts urétraux.

III. — SUTURE DE L'URÈTHRE

Le bout postérieur de l'urèthre ayant été trouvé on y introduit le bec du cathéter métallique qui servira aussi de guide pour la suture urétrale. Deux procédés s'offrent ici au chirurgien : 1^o pratiquer des sutures longitudinales ou bien des sutures transversales. Les premières sont généralement employées lorsque le canal n'a pas été réséqué sur toute sa circonférence, lorsque par exemple on laisse le plafond urétral comme le recommande M. le professeur Guyon. Mais dans notre intervention où la résection est complète nous pensons qu'il vaut mieux pratiquer les sutures transversales. A l'aide de fines aiguilles droites et courbes analogues à celles dont on se sert pour les sutures intestinales, armées de catgut chromique ou de fine soie on passera sur les bouts urétraux préalablement disséqués une série de points distants de six à sept millimètres les uns des autres, puis on les réunira sur la face externe postérieure du canal. La même opération sera faite pour coudre la circonférence supérieure.

Faut-il dans ces sutures traverser la muqueuse ?

Noguès, dans sa thèse (1893) inspiré des idées de son maître Guyon dit qu'il faut simplement prendre le tissu extra-muqueux et une partie du tissu spongieux.

M. l'agrégé Rochet dans son ouvrage sur la chirurgie des voies urinaires s'arrête aux mêmes conclusions.

IV. — SUTURES PARA-URÉTHRALES

Le dernier temps de l'opération comprend les sutures para-uréthrales destinées à fermer la plaie. La plupart des auteurs prétendent qu'en l'absence de parties molles un seul plan suffit, le plan cutané. Cette absence de parties molles est-elle en réalité bien démontrée, et ne peut-on pas faire un plan intermédiaire au plan cutané et à la suture uréthrale proprement dite à l'aide du muscle péri-pénien ? Chez notre malade M. l'agrégé Rollet, soucieux d'obtenir une cicatrisation bien nette et en même temps une réunion par première intention a toujours pu faire ce plan intermédiaire. Comme nous le montrons dans notre observation, dans les deux premières interventions on a pu contrôler la résistance de ce plan musculaire. Une première fois à la suite d'érections multiples deux points du plan superficiel ayant cédé, on put voir au fond de la plaie le plan musculaire intact, nullement disjoint. A la suite de la deuxième intervention des érections s'étant aussi produites on put facilement faire les mêmes constatations. Nous pensons donc qu'il faut faire un premier plan au catgut fin à l'aide des muscles péri-pénien, et un deuxième plan cutané au fil métallique. Suivant le

conseil de M. l'agréé Rochet, « cette suture se fera en affrontant les parties profondes des lèvres cutanées, et non seulement leurs bords, de façon à avoir une suture en crête. » Un pansement légèrement compressif et au besoin un petit suspensoir protégeront la plaie cutanée.

Au cours de notre travail l'étude des rétrécissements traumatiques nous montre que l'uréthrectomie totale avec suture consécutive des deux bouts uréthraux est bien le traitement qui paraît devoir en amener la guérison la plus complète et la plus durable. Elle réunit en effet le desiderata que Dugas exprimait en 1837, à savoir qu'elle enlève tout entier le tissu morbide qui par sa rétractilité met sans cesse le malade en danger de récurrence. Nous la pensons supérieure au traitement par l'uréthrotomie, dans ces rétrécissements traumatiques péniliens qui comme nous avons essayé de le montrer succèdent presque toujours à une rupture du canal. A la Société de chirurgie (1885) M. le chirurgien Terrier ne disait-il pas : « Pour mon compte personnel, je suis convaincu que tout individu atteint de rupture de canal est exposé, malgré uréthrotomie sur uréthrotomie, à garder un rétrécissement qui fait des progrès incessants et par conséquent est sujet à nouvelle récurrence. »

Mais il semblait jusqu'à ces derniers temps que c'était encore l'uréthrotomie qui fût le vrai traitement à employer dans ces sortes de rétrécissements. Non seulement on mettait en suspicion les résultats obtenus mais on montrait par des raisons anatomiques et physiologiques qu'on ne devait même pas songer à employer l'uréthrectomie. Vergues dans sa thèse inaugurale, Paris, 1894, étudiant l'application de la résection uréthrale dans les divers

rétrécissements s'exprime ainsi au chapitre des rétrécissements traumatiques de l'urèthre pénien.

« Dans ce cas, on aura recours à l'uréthrotomie interne suivie de dilatation, mais non à la résection car une suture a peu de chances de succès. A cet endroit les parties molles sont trop minces et connaissant la difficulté de guérison des fistules péniennes on ne peut pas, de propos délibéré, exposer le malade à avoir une lésion qui serait pire que le mal, alors que l'on a à sa disposition des moyens qui, s'ils ne donnent pas une guérison définitive, n'augmenteront pas du moins la lésion du malade. D'ailleurs, après une uréthrotomie dans la région pénienne, l'érection ne serait-elle pas gênée par un canal plus court ou moins souple et n'y aurait-il pas une courbure inférieure de l'urèthre par empêchement de dilatation complète des corps caverneux restés ainsi ? »

Les deux objections faites à l'uréthrotomie savoir, d'une part, les sutures pouvant céder et de l'autre la gêne de l'érection, sont faciles à réfuter. Nous avons précisément insisté sur la possibilité de faire un plan musculaire au-devant de la suture uréthrale que l'on pourrait croire plus facile à céder si les travaux expérimentaux allemands, d'Heussner, de Kauffmann (1), de Hagler (*Deutsche Chirurgie*, 1889) n'étaient venus nous éclairer sur ce point. Quant à la gêne de l'érection, les quelques observations, malheureusement rares, que nous avons pu recueillir rapportent qu'elle se faisait normalement après l'intervention (Obs. Guyon, Quénu, personnelle).

(1) *Verletzungen und krankheiten der mannlichen harnrohre und der penis. — Deutsche Chirurgie. — Lieferung, 50, p. 110. 1886.*

Nous pensons donc qu'avant de condamner, *a priori* en quelque sorte, cette méthode de traitement des rétrécissements traumatiques péniers, il faut, au contraire, lui donner droit d'asile dans le domaine de la chirurgie des voies urinaires. Tout en reconnaissant que l'uréthrectomie n'a pas jusqu'ici donné des résultats heureux très nombreux, et sans nous bercer du rêve d'avoir trouvé le traitement curatif — au sens propre du mot — de ce genre de rétrécissements, nous pensons que pour eux plus spécialement, elle doit être employée à l'exclusion de toute autre méthode d'intervention et si il y a longtemps déjà Théodore Mayerne-Turquet qui s'était servi d'un instrument tranchant pour opérer un rétrécissement fut déclaré, par la Faculté de Paris, indigne d'exercer la médecine, *propter temeritatem, imprudentiam et ignorantiam*, nous ne serions peut-être pas aussi sévère pour le chirurgien qui, en présence d'un rétrécissement traumatique pénien ne le traiterait pas par l'uréthrectomie mais nous penserions qu'il n'a pas fait pour le malade tout ce que la médecine opératoire met à sa disposition.

Si ces rétrécissements traumatiques péniers étaient constatés chez des gens âgés atteints de cachexie urinaire chez lesquels une première intervention avait échoué, on devra songer à pratiquer chez ces malades l'uréthrostomie de M. le professeur Poncet. Peut-être conviendrait-il alors de ne point faire une uréthrostomie périnéale, mais une uréthrostomie pénienne, c'est-à-dire la création d'un urèthre contre nature anti-scrotal.

Nous n'apportons malheureusement que quelques observations d'uréthrectomie totale et c'est peut-être bien peu pour entraîner la conviction de tous les chirur-

giens, — la rareté des rétrécissements traumatiques péniers est peut-être pour nous une excuse, — mais nous sommes persuadé qu'employée avec méthode et sous le couvert d'une rigoureuse antisepsie elle peut donner dans les cas que nous étudions des résultats durables et elle rétrécit le champ des indications de l'uréthrotomie soit interne, soit externe.

OBSERVATION VI

Excision partielle d'un rétrécissement pénien (Voillemier. *Traité des maladies des voies urinaires*. Tome I, 1868).

Rétrécissement développé à la suite d'un coup de pied de cheval sur le pénis. Tumeur du volume d'une grosse noisette allongée, située à 4 centimètres du méat, à la partie inférieure du canal. La miction se fait goutte à goutte, et il est impossible d'introduire une bougie ou un stilet. Incision de 4 centimètres sur le raphé; impossibilité d'isoler complètement la masse cicatricielle, qui est très adhérente au corps caverneux; la portion qui contient la paroi inférieure de l'urèthre est seule réséquée; pour l'enlever entièrement, il aurait fallu intéresser profondément les corps cavernenx. Mort d'érysipèle.

OBSERVATION VII

Excision d'un rétrécissement pénien d'origine traumatique, suture immédiate. — (Quénu. *Société de chirurgie*, 4 mai 1892).

D..., âgé de 30 ans, couvreur. En 1884, en Algérie où il faisait son service dans la cavalerie, il se heurta le pénis contre le pommeau de la selle, dans une course. — Il fut soigné pendant six mois par la dilatation à l'hôpital d'Alger; il eut aussi une sonde à demeure pendant un mois.

Dix-huit mois après son départ d'Alger, D..., qui avait continué de se passer des sondes, avait dû descendre du n° 22 au n° 44.

En 1886, il entre dans le service de M. Auger à l'hôpital Cochin. On lui fit l'uréthrotomie interne, puis la dilatation avec des Béniqués. Deux mois après l'opération il sort de l'hôpital, son canal laissant alors passer le Béniqué n° 44.

Quatre mois après, nouvelle dysurie ; deuxième uréthrotomie interne.

En 1888, le rétrécissement tend à reparaître, il est soumis pendant plusieurs semaines à des séances de dilatation avec les Béniqués.

En 1889, troisième uréthrotomie interne, on arrive ainsi au n° 43 Béniqué.

En 1890, quatrième uréthrotomie interne. La dilatation consecutive est poussée jusqu'au n° 40.

Enfin vers la fin de 1890, une cinquième uréthrotomie interne est pratiquée par M. Tuffier, suppléant de M. Auger. On passe le Béniqué n° 39.

En 1891, le malade est soigné par la dilatation à l'hôpital militaire. Il entre au mois de septembre dans mon service. A la fin de la portion pénienne de l'urèthre, à 6 ou 7 centimètres du méat, jusqu'à l'union des bourses et du pénis, on trouve une virole dure, appréciable à travers les téguments, longue d'un centimètre environ. Une bougie n° 3 peut seule franchir le rétrécissement. La vessie et les reins sont dans un mauvais état ; les urines sont ammoniacales et renferment du pus. D = 1018. Traces d'albumine ; 40 grammes d'urée par litre.

Nous avons fait prendre au malade du borax, du benzoate de soude, du salol afin de modifier l'état des urines ; mais celles-ci restant alcalines et fermentées après deux mois de traitement, nous nous décidons néanmoins à intervenir le 7 novembre 1891.

Opération. — Incision de la peau à 5 centimètres du méat : incision du corps spongieux ; le rétrécissement est mis à nu ; il est dur, crie sous le scalpel ; on l'incise ; puis on fait la

résection de la virole ; l'urèthre est ainsi réséqué dans l'étendue d'un centimètre $1/2$.

Pour rendre les deux bouts mobilisables, nous disséquons l'urèthre et sa gaine spongieuse. Le contact établi, l'urèthre est suturé dans la demi-circonférence supérieure par trois fils, qui ne comprennent pas la muqueuse. Une sonde est introduite dans le canal avant la suture de la demi-circonférence inférieure par-dessus la muqueuse. Nous suturons le corps spongieux, puis la peau. Une sonde à demeure est introduite dans le canal.

Bromure de potassium à l'intérieur.

Le troisième jour après l'opération, l'urine inocula les fils de la demi-circonférence inférieure, c'est-à-dire vers la peau et la réunion immédiate ne put être obtenue. Une petite fistule s'en suivit qui fut traitée par la cautérisation au fer rouge. Cette fistule se ferma dans la suite et dès le mois de mai, le n° 30 pouvait être introduit.

L'état général s'est amélioré dans d'énormes proportions, les urines ont cessé d'être alcalines, et peut-être pouvons-nous espérer que la rétraction se limitera à la seule paroi inférieure qui a suppuré.

OBSERVATION VIII

(Guyon : *Ann. des organes génito-urinaires*, 1894).

Rétrécissement traumatique de l'urèthre pénien. — Résection le 23 décembre 1891. — Guérison constatée le 4 février 1894, par M. le professeur Guyon.

Le nommé Ch... Joseph, âgé de 36 ans, est admis à la clinique des voies urinaires, le 6 décembre 1891. De bonne santé habituelle, sans antécédents héréditaires ni personnels, cet homme a eu, il y a dix ans, une blennorrhagie ; il a conservé depuis lors un léger écoulement chronique qui, à deux reprises, il y a trois ans et il y a deux ans, a repris le caractère aigu.

Il urinait dans des conditions qui lui semblaient normales

lorsqu'il y a un an, à la suite d'un rapport sexuel pendant lequel il avait éprouvé une vive douleur à la verge, il s'aperçut qu'il saignait par l'urèthre. Cette uréthrorrhagie fut très abondante, dura une demi-heure et ne reparut pas.

Pas de rétention d'urine, mais aussitôt après, les mictions deviennent difficiles et douloureuses. La douleur s'atténua et disparut les jours suivants, les difficultés persistèrent. Quinze jours après l'accident, le malade alla consulter à l'hôpital Cochin, on ne put passer qu'une bougie n° 6. On le soumit à la dilatation progressive, au bout d'un mois l'on n'était arrivé qu'au n° 13. Il resta alors un mois sans être sondé et vint ensuite à la consultation de la Terrasse. Les difficultés de la miction étaient devenues considérables. On constata un premier anneau large en arrière du méat et un anneau serré à la racine de la verge ne laissant passer que le n° 10. Il y avait à ce niveau un épaississement prononcé de la paroi inférieure de l'urèthre. L'uréthrotomie interne fut conseillée et pratiquée par M. Routier en juillet 1891. Dilatation progressive, Béniqué. Dès que la dilatation fut interrompue, les difficultés de la miction reparurent, le malade est obligé d'entrer à l'hôpital Necker, le 6 décembre 1891.

On retrouve à la racine de la verge l'anneau dur déjà constaté, il laisse passer à ressaut un explorateur olivaire n° 8. Il est épais et forme une grosse virole, aisément sentie à travers les téguments et la couche sous-cutanée, qui ne lui adhèrent pas. Prostate, vessie et reins normaux, santé médiocre, râles aux deux sommets. On tente la dilatation à l'aide des bougies métalliques, le 22 décembre, on était arrivé à grand'peine au Béniqué 30.

La résection qui avait été proposée est alors décidée et faite le lendemain. Elle ne comprit que la virole cicatricielle qui occupait la paroi inférieure de l'urèthre; le canal fut réséqué dans l'étendue de plus d'un centimètre, immédiatement en avant du scrotum. La paroi supérieure était à l'état normal, elle fut respectée et les deux bouts de l'urèthre suturés transversalement au catgut. Les téguments avaient été incisés longi-

tudinalement, mais ils furent réunis transversalement au crin en solidarissant les plans de suture ; pas de drainage. Aucun accident local ni général, la sonde fut enlevée le troisième jour et dès lors, le malade urina seul. L'urine ne passa jamais par la plaie et la réunion cutanée ne manqua qu'à l'une des extrémités. Lorsque le malade quitta la Clinique un mois après, la miction était facile, le canal recevait de grosses bougies, mais l'érection se faisait d'une façon très défectueuse. La verge ne se redressait pas le long de l'abdomen.

L'urèthre, bridé par la cicatrice et diminué de longueur, ne se laissant pas distendre, le membre prenait une direction curviligne, à concavité inférieure et son extrémité regardait en bas. Il en fut ainsi pendant deux mois, puis, peu à peu la verge se redressa et le malade a depuis longtemps des érections et des fonctions sexuelles en tout normales. Venu à la consultation le 24 février 1894 pour une goutte naturelle il est exploré et très facilement sondé avec le Béniqué n° 50. La cicatrice opératoire est à peine visible, elle est parfaitement simple ; l'on ne sent plus d'épaississement du canal, alors même qu'on le palpe pendant que l'instrument métallique y est contenu. La miction est normale, la santé générale est très bonne.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé
Etienne Rollet).

Rétrécissement traumatique de l'urèthre pénien. — Trois interventions. — Guérison.

Mars 1894. — Résection partielle de l'urèthre malade. Réparation du plancher du canal par la suture des parties molles juxta-uréthrales.

Avril 1894. — Récidive. — Uréthrectomie totale. — Réparation du canal par la suture des tissus juxta-uréthraux.

Avril 1895. — Récidive. — Uréthrectomie totale. — Suture des deux bouts uréthraux. — Guérison complète constatée le 15 janvier 1896.

D..., 22 ans, ancien pompier, se présente le 15 avril 1894 à la clinique de l'Antiquaille où il est admis dans le service de M. l'agrégé Rollet, suppléant M. le professeur Gailleton.

Le 1^{er} février 1893, D... a présenté une blennorrhagie dont il a constaté la guérison au bout de deux mois.

En avril, au moment de pratiquer le coït, une femme lui saisit la verge en érection et par un mouvement de torsion lui fit une rupture de l'urèthre. En effet, à ce moment douleur vive, hémorrhagie qui fut assez abondante pour traverser le matelas. Le lendemain encore légère uréthrorrhagie; la miction provoque quelques douleurs, puis tout rentre dans l'ordre.

Au mois de juillet les douleurs provoquées par la miction sont plus vives: le malade est atteint d'incontinence par regorgement. Il urine goutte à goutte sur ses chaussures et au bout de quelques semaines ses urines sont purulentes; cystite douloureuse. A la palpation il sent le long de la paroi inférieure du canal, à 6 centimètres du méat, une masse scléreuse indolore, du volume d'une petite olive.

A son entrée, 15 mars 1894, on constate que la verge présente une légère courbure à concavité inférieure. A la palpation on sent à 6 centimètres du méat un noyau scléreux, indolore, du volume d'une noisette, faisant corps avec la paroi inférieure du canal. Les troubles de la miction survenus en juillet se sont aggravés. Le malade présente une cystite très douloureuse, urines purulentes, cachexie urinaire.

20 mars 1894. — *Opération.* — Anesthésie à l'éther. Injection sans sonde d'eau boriquée. Introduction d'un cathéter n° 12 jusqu'au 1/3 inférieur du canal où il est arrêté par le rétrécissement qu'on ne peut franchir. La verge est relevée sur le pubis et maintenue par un aide. M. Rollet fait une incision longitudinale au niveau du point sclérosé. La peau est sectionnée sur une longueur de 2 centimètres dans la direction du pli scrotopénien. La dissection lente des couches sous-cutanées conduit sur le tissu morbide qui crie sous le scalpel. On arrive ainsi sur la paroi uréthrale qui est incisée en arrière du bec du cathéter.

On crée ainsi une petite ouverture urétrale de 0,025^m/^m à travers laquelle on glisse une sonde cannelée qui conduit dans la portion rétrécie du canal. Sur cette sonde conductrice la paroi urétrale est incisée sur une longueur de 1 cent. 1/2 qui représente la longueur du noyau péri-urétral.

La portion du canal rétrécie étant ainsi complètement ouverte on retire le cathéter n° 12 primitivement introduit et on le remplace par une bougie olivaire n° 18. Le rétrécissement traumatique franchi on est arrêté par une deuxième oblitération du canal d'origine gonococcienne. On pratique alors une uréthrotomie interne ; la lame de l'uréthrotome n° 22 incise ce deuxième rétrécissement et on passe une bougie n° 19 qui permet d'arriver dans la vessie et est laissée à demeure.

Le long de cette sonde, à l'aide de ciseaux courbés, on détache trois morceaux à droite et deux à gauche, excisant ainsi les portions scléreuses de l'urèthre et du péri-urèthre. On résèque donc la paroi inférieure ou plancher de l'urèthre sur une longueur de 1 cent. 1/2 et un peu des parties latérales, respectant le plafond urétral.

Restait à pratiquer les sutures. On fait trois plans à l'aide de sutures longitudinales :

(a) Un plan profond : six points au catgut fin réunissant les parties molles latérales juxta-urétrales sur la sonde ;

(b) Un plan moyen formé du muscle péri-pénien et du tissu cellulaire réunis par quatre points au catgut ;

c) Enfin un plan superficiel constitué par la peau au moyen de 5 points de fil métallique.

Un pansement compressif protège l'incision cutanée préalablement saupoudrée d'iodoforme ; les bourses sont placées dans un petit suspensoir. La sonde est à demeure avec la muselière de caoutchouc.

24 mars. — On relève les pièces superficielles du pansement sans toucher à celles qui sont placées plus profondément et à la sonde. Lavages vésicaux boriqués matin et soir.

27 mars. — Le pansement est renouvelé. Réunion par première intention ; on enlève la sonde.

29 mars. — Le malade a été pris d'érections multiples la veille. A l'ouverture du pansement qui est souillé par l'urine, on constate que deux fils métalliques superficiels ont cédé amenant ainsi une légère disjonction de la suture cutanée dans la moitié de son étendue. Le second plan (musculaire) que l'on aperçoit n'a nullement cédé. Pas de pus. On fait une irrigation boriquée tiède sur la plaie que l'on touche au crayon de nitrate d'argent. Le malade prend deux cachets de poudre de camphre de 0,10 centigrammes.

9 avril. — On commence le massage de l'urèthre que l'on fait suivre de lavages uréthro-vésicaux sans sonde ; on passe finalement les bougies de gomme n° 16, 17, 18.

Le 10 et jours suivants on soumet le malade à des séances de dilatation d'un quart d'heure de durée à l'aide de Béniqués, n° 18 et 19.

16 avril. — Cicatrisation complète. Le canal laisse passer le Béniqué n° 20. Miction facile, l'urine sort à plein canal ; beau jet. Etat général excellent. Le malade sort complètement guéri.

Il est revu le 2 juillet. A la partie où a porté l'incision, on voit une cicatrice linéaire bleuâtre ; le canal est un peu dur à ce niveau. Les mictions sont un peu douloureuses ; les urines troubles. Le malade raconte que l'érection se fait normalement. Pas de cathétérisme. On recommande au malade de venir se faire sonder. Mais obligé de reprendre son travail pressant il néglige de le faire et le rétrécissement apparaît de nouveau.

Le 28 juillet, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Martin, n° 15.

Il est pris de rétention presque complète, il n'urine que par regorgement et goutte à goutte (1). Amaigri et sans force, il a dû cesser son travail, le teint est terreux, faciès urineux.

1^{er} août. — Deuxième intervention. Anesthésie, soins anti-

(1) Impossible de passer une bougie n° 4.

septiques habituels, la région est lavée au savon, au sublimé à 1/1000 et enfin à l'éther. La verge est ramenée sur le pubis où elle est maintenue. Au niveau de la région pénienne où a porté l'incision cutanée dans la première intervention, on sent une petite masse indurée profonde. M. Rollet incise la peau en ce point sur une étendue de 3 centimètres, on dissèque les couches profondes et arrivé sur le canal, on pratique une ablation totale de l'urèthre sur une longueur de 3 centimètres. Le plancher, les parties latérales et le plafond sont totalement réséqués. L'hémorrhagie peu abondante permet d'opérer librement.

On pratique alors une suture à trois étages : le premier est constitué par les parties molles, parties uréthrales, le second par les muscles péri-péniens réunis par des fils de catgut. Le troisième est formé par la peau suturée à l'aide de fils métalliques.

Pas de suture de l'urèthre. Une sonde à demeure est fixée. Pansement à plat compressif.

4 août. — Hémorrhagie nocturne abondante survenue au cours d'une érection, et ayant nécessité l'appel de l'interne de garde.

5 août. — On enlève le pansement, un fil métallique a cédé ; légère dissociation du plan superficiel. Les plans profonds sont intacts.

10 août. — Lavages boriqués tièdes sans sonde. On passe les béniqués n° 18, 19.

13 août. — Le canal admet un béniqué n° 20. Cathétérismes répétés par un infirmier amenant la formation d'une légère fistulette pénienne.

15 août et jours suivants, séances de dilatation. Béniqués n° 20.

10 septembre. — Le malade quitte le service, passe au béniqué n° 20. La fistule est à peu près guérie.

20 septembre. — Il est revu par M. l'agréé Rollet qui constate un très petit noyau cicatriciel, profondément situé au

niveau de la cicatrice cutanée. La fistule est complètement fermée. Il urine bien, le jet est gros et vigoureux. L'urine normale.

18 octobre. — Une de ses lettres apprend qu'il se porte bien, engraisse et urine très bien.

Avril 1895. — Le malade se présente à nouveau à l'Hôtel-Dieu dans la clinique de M. le professeur Poncet suppléé par M. Rollet. On constate, avec une bougie très fine, que le rétrécissement est infranchissable. Le malade est atteint de cystite, mictions fréquentes, douleurs en urinant, urines purulentes. Il a un mauvais état général, anorexie, cachexie urinaire.

Le 27 avril, après anesthésie à l'éther, M. Rollet fait au niveau du rétrécissement qui, à la palpation, donne la sensation d'une petite olive, une incision de 3 centimètres. Le nodule cicatriciel est incisé dans toute sa hauteur, il est disséqué et extirpé dans sa totalité à l'aide de ciseaux courbes. L'index constate qu'il ne reste que des tissus sains; on libère, dans l'étendue d'un demi-centimètre environ, le bout antérieur et le bout postérieur de l'urèthre. Ces deux bouts sont coaptés facilement et maintenus juxtaposés par des fils de catgut. Deuxième plan de suture au catgut des parties molles juxta-uréthrales. Troisième fil de métallique. Le 49, il paraît guéri. On a passé le béniqué n° 49.

9 octobre. — M. Rollet voit le malade qui passe facilement le béniqué 49. Plus de troubles locaux et généraux.

9 janvier 1896. — Le malade écrit à M. Rollet qu'il est complètement guéri. Il urine très bien, la paroi inférieure du pénis où a porté l'incision est souple. L'érection est normale. Il ne se sonde plus que toutes les trois semaines et passe facilement le béniqué 48. Il a repris son travail depuis longtemps. Son état général est excellent.

14 janvier 1896. — Le malade qu'on n'a pu voir à cause de ses occupations écrit qu'il est complètement guéri.

CONCLUSIONS

I. — Les rétrécissements traumatiques de l'urèthre pénien sont rares. Ils reconnaissent pour principale cause la rupture de l'urèthre survenue au moment du coït, ou à la suite de traumatismes ayant intéressé le pénis à l'état normal ou à l'état d'érection.

II. — Leur étude anatomo-pathologique nous les montre constitués par du tissu scléro-cicatriciel, très dense, doué d'une grande rétractilité.

III. — Au point de vue clinique, ils sont caractérisés par :

- a)* Leur apparition précoce et leur évolution rapide;
- b)* La présence à la paroi inférieure du pénis, en un point directement sous-jacent à leur siège dans le canal, d'une virole ovoïde, dure, courte, bien limitée, nettement sentie à la palpation ;
- c)* La facilité avec laquelle ils deviennent infranchissables ;
- d)* Enfin et surtout par leur grande tendance à la récurrence.

IV. — Leur traitement par la dilatation, le cathétérisme forcé, l'uréthrotomie interne, l'uréthrotomie externe simple ou associée à des résections partielles du nodule cicatriciel, suivies de la réparation du canal à l'aide de parties molles, semble devoir être abandonné.

V. — La résection totale du nodule cicatriciel, ou uréthrectomie totale, avec suture consécutive des deux bouts uréthraux constitue la méthode de choix et sera systématiquement employée; elle peut donner des guérisons durables.

VI. — Le manuel opératoire de cette intervention comprendra quatre temps principaux :

1° L'incision qui intéressera toute l'étendue du nodule cicatriciel et sera dirigée suivant l'axe du canal ;

2° L'excision totale du tissu scléreux à l'aide de ciseaux courbes ;

3° La suture des deux bouts uréthraux préalablement disséqués ; suture transversale au catgut fin ;

4° Les sutures destinées à fermer la plaie : *a)* premier plan constitué par les fibres du muscle péri-pénien réunis à l'aide de points au catgut fin ; *b)* deuxième plan, cutané, au fil métallique, « suture en crête ».

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

A. PONCET

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

Lyon, le 17 janvier 1896.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MAYOR. — Mémoire sur le cathétérisme, 1885.
DUGAS. — Gazette médicale de Paris, 1837, p. 277.
REYBARD. — Mémoire sur la cure des rétrécissements de l'urèthre, 1839.
HUGUIER. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1852.
BOURGUET D'AIX. — Mémoires de l'Académie de médecine, 1865.
VOILLEMIER. — Traité des maladies des voies urinaires, t. I. p. 237, 1868.
FÉLIX BRON. — Société médicale des sciences de Lyon, 1871.
SÉLIGNAC. — Des accidents du coït. (Thèse de Paris, 1871).
TERRILLON. — Des ruptures de l'urèthre, 1878.
GRAS. — Mémoire sur les ruptures de l'urèthre. Bulletin de la Société de chirurgie (1876).
ROBIN ET CADIAT. — Recherches physiologiques sur la muqueuse uréthrale. (Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1879).
GUYON. — Leçons sur les affections des voies urinaires.
MOLLIÈRE. — Leçons de chirurgie. Lyon, 1883.
MARTIN (de Genève). — Deux cas de rétrécissements traumatiques de l'urèthre pénien. (Annales des organes génito-urinaires, 1884).
WATSON. — Boston medical and surgeon Journal. (12 Nov. 1885)
HAUFMANN. — Billroth et Sueck, Deutsche Chirurgie, 1886, t. L. p. 110.
PONCET. — Congrès de chirurgie française (16 mars 1888).
HÉYLER. Deutsche-Zeitschrift für Chirurgie, 1889.
POUSSON. — Archives de la polyclinique de Bordeaux. t. I. fasc. 41, p. 83 ; juillet 1889.
QUÉNU. — Bulletin de la Société de chirurgie (Paris, mai 1892).
WARTÉL. — Thèse de Paris, 1892.
FURBRINGER. — Traité des organes génito-urinaires. (Berlin, 1892).
GUYON. — (Annales des maladies des organes génito-urinaires. (Avril 1894, p. 270).
AUDRY. — Archives provinciales de chirurgie. (Mars 1894).
GUYON ET ALBARRAN. — VI^e Congrès de chirurgie française.
NOGUÈS. — Thèse de Paris, 1894.
VERGUES. — Thèse de Paris, 1894.
POUSSON. — Bulletin de la Société de Chirurgie. (17 juillet 1895).
ŒUVRES DE RELIQUET. — Guérin, 1895.
ROCHET. — Chirurgie des voies urinaires, Lyon, 1895.
TESTUT. — Anatomie, t. III.
CHARPY. — Anatomie des organes génito-urinaires.

